

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1896

THÈSE

N°

---

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896, à 1 heure*

Par PAUL CHOPPIN

Né à Paris le 16 juillet 1867

Ancien interne provisoire des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

---

DE LA PERFORATION

DANS

# L'ULCÈRE LATENT DE L'ESTOMAC

---

*Président : M. DIEULAFOY, professeur.*

*Juges : MM. PROUST, professeur.*

ROGER,  
THOINOT, } *agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

---

1896











Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554029\\_0034](https://archive.org/details/IA41554029_0034)



Année 1896.

---

THÈSE

N°

---

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896, à 1 heure*

Par PAUL CHOPPIN

Né à Paris le 16 juillet 1867

Ancien interne provisoire des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

---

DE LA PERFORATION

DANS

## L'ULCÈRE LATENT DE L'ESTOMAC

---

*Président : M. DIEULAFOY, professeur.*

*Juges : MM. PROUST, professeur.*

ROGER,  
THOINOT, } *agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

490



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen.....</b>                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.....</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.          |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.              |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.             |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | N....                |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale.....                                           | { DIEULAFOY.         |
|                                                                    | { DEBOVE.            |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.         |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.              |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL.       |
| Opérations et appareils.....                                       | TERRIER.             |
| Pharmacologie.....                                                 | POUCHET.             |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | LANDOUZY.            |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.              |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBÈNE.          |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | STRAUS.              |
|                                                                    | N....                |
| Clinique médicale.....                                             | { POTAIN.            |
|                                                                    | { JACCOUD.           |
|                                                                    | { HAYEM.             |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | FOURNIER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.             |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | { RAYMOND.           |
|                                                                    | { DUPLAY.            |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { LE DENTU.          |
|                                                                    | { TILLAUX.           |
|                                                                    | { BERGER.            |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | PANAS.               |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.               |
| Clinique d'accouchements.....                                      | { TARNIER.           |
|                                                                    | { PINARD.            |

*Professeur honoraire : M. PAJOT.*

## Agrégés en exercice

|              |                        |                        |            |
|--------------|------------------------|------------------------|------------|
| <b>MM.</b>   | <b>MM.</b>             | <b>MM.</b>             | <b>MM.</b> |
| ACHARD.      | FAUCONNIER.            | MARIE.                 | SEBILEAU.  |
| ALBARRAN.    | GAUCHER.               | MENETRIER.             | THIÉRY.    |
| ANDRÉ.       | GILBERT.               | NÉLATON.               | THOINOT.   |
| BAR.         | GILLES DE LA TOURETTE. | NETTER.                | TUFFIER.   |
| BONNAIRE.    | GLEY.                  | POIRIER, Chef des tra- | VARNIER.   |
| BROCA.       | HARTMANN.              | vaux anatomiques.      | WALTHER.   |
| CHANTEMESSE. | HEIM.                  | RETTÉRE.               | WEISS.     |
| CHARRIN.     | LEJARS.                | RICARD.                | WIDAL.     |
| CHASSEVANT.  | LETULLE.               | ROGER.                 | WURTZ.     |
| DELBET.      | MARFAN.                |                        |            |

*Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir adresser à tous nos maîtres dans les hôpitaux l'expression de notre sincère gratitude.

M. le professeur Dieulafoy nous a permis pendant l'année que nous avons passée dans son service de profiter de son brillant enseignement ; nous n'oublierons jamais ce que nous avons appris auprès de lui. Qu'il veuille bien recevoir tous nos remerciements pour les excellentes leçons que nous avons reçues de lui et pour les preuves de sollicitude qu'il nous a données. En nous confiant ce travail et en acceptant la présidence de cette thèse, il nous fait un honneur que nous ne saurions assez reconnaître.

M. le D<sup>r</sup> Duguet nous a fait profiter de sa grande expérience clinique ; nous ne saurions trop lui exprimer notre reconnaissance pour toutes les marques de sympathie qu'il nous a données et pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Que M. le professeur Raymond et M. le D<sup>r</sup> Guyot acceptent nos remerciements, nous leur devons beaucoup de notre instruction médicale ; de même que MM. Blum et Peyrot qui ont été nos premiers maîtres en chirurgie.

Comme interne provisoire nous avons eu la bonne fortune d'être attaché aux services de MM. Théophile Anger, Tuffier et Lejars qui ont complété notre instruction chi-



rurgicale, nous ne pouvons que regretter de n'avoir pas été plus longtemps leur élève.

M. le D<sup>r</sup> Dheilly nous a initié aux difficultés de la clinique infantile et M. le professeur Pinard nous a gracieusement accueilli dans sa clinique obstétricale, nous les en remercions sincèrement.

M. le D<sup>r</sup> Giraudeau a été pour nous, pendant des mois trop vite écoulés, le plus aimable et le plus charmant des maîtres. Heureux d'avoir été son élève nous le prions de vouloir bien être assuré de notre profonde reconnaissance, regrettant seulement de n'avoir pu profiter plus longtemps de son enseignement.

Enfin qu'il me soit permis de remercier tout particulièrement M. le D<sup>r</sup> Florand de toute l'amitié dont il a fait preuve à notre égard depuis le commencement de nos études médicales, et des bons conseils dont il a toujours été prodigue envers nous.



## INTRODUCTION

De toutes les complications qui peuvent survenir au cours d'un ulcère simple de l'estomac la plus redoutable est sans contredit la perforation, aussi cet accident a-t-il été bien étudié et de nombreux travaux ont été faits sur ce sujet.

Dans la plupart des cas l'ulcère révèle sa présence par un ensemble de symptômes qui ne permettent pas d'avoir de doutes sur son existence, d'autres fois il donne lieu seulement à des troubles digestifs plus ou moins accusés : lenteur des digestions, douleurs d'estomac, vomissements, mais quelquefois aussi il ne se manifeste jusqu'au dernier moment par aucun symptôme, c'est à cette forme qu'on a donné le nom d'ulcère latent.

En effet, il n'est pas rare qu'à l'autopsie d'un individu mort d'une affection aiguë ou chronique quelconque on trouve un ulcère de l'estomac de date souvent ancienne déjà et qu'aucun signe n'avait permis de soupçonner pendant la vie. Dans d'autres circonstances, un individu bien portant en apparence est pris d'une hématomatose considérable, à laquelle il succombe en peu de temps ou bien présente simplement les signes d'une hémorragie interne et la syncope terminale. Enfin un sujet n'ayant jamais présenté de troubles gastriques est pris subitement d'une péritonite aiguë qui l'emporte en 24 heures, en quelques jours au plus. A l'autopsie, on trouve une perforation de l'estomac produite par un ulcère et cause de la péritonite



qui a tué le malade, ulcère qu'aucun symptôme n'avait décelé jusqu'alors.

C'est seulement cette dernière forme que nous allons étudier, et nous n'avons en vue dans ce travail que les cas dans lesquels un ulcère de l'estomac jusque là latent ne s'est révélé que par l'accident ultime : la perforation.

Mais d'abord que faut-il entendre par ulcère latent ? Un certain nombre d'auteurs et particulièrement Valleix (1) ont nié l'existence de cette forme, ils ont prétendu que toujours l'ulcère donnait naissance à des troubles gastriques accusés. Cependant tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que certains ulcères ne se traduisent que par des troubles dyspeptiques insignifiants, parfois même ne donnent lieu à aucun symptôme. On trouvera plus loin des observations dans lesquelles les malades, très affirmatifs, ont assuré n'avoir jamais souffert de l'estomac, n'avoir jamais vomi et n'avoir même jamais présenté le plus léger trouble digestif.

D'autre part on a publié comme ulcères latents terminés par perforation (2) des cas dans lesquels des malades étaient atteints de longue date de gastrite hyperchlorhydrique pour laquelle ils étaient en traitement. Mais peut-on appeler latent un ulcère qui se manifeste depuis longtemps par des éructations, des vomissements fréquents et des douleurs d'estomac parfois très vives ? Nous ne le croyons pas, et c'est à dessein que nous laisserons de côté tous les cas semblables pour étudier uniquement les cas dans lesquels

(1) VALLEIX, *Guide du médecin praticien*, t. V, p. 161.

(2) MATHIEU, Ulcère rond latent, mort par perforation. *Arch. gén. de méd.*, 1892, II, p. 525.



les troubles gastriques ont fait totalement défaut et ceux dans lesquels on ne trouve dans les antécédents que quelques signes insignifiants assez peu marqués pour n'avoir pas attiré l'attention du malade et ne l'avoir pas obligé à s'occuper de sa santé.

A l'étude de la perforation de l'ulcère latent se rattache celle de bon nombre des perforations dites spontanées de l'estomac. Admise pendant longtemps, la possibilité de la perforation spontanée est encore défendue par quelques auteurs (1) qui pensent que l'estomac peut se rompre spontanément par distension gazeuse ou sous la seule influence d'efforts musculaires violents, de vomissements répétés et pénibles. Mais on pense généralement que pareil accident n'est pas possible sans une altération préalable des parois et Damaschino (2) en nie absolument l'existence : « les efforts et les vomissements ne constituent probablement qu'une cause occasionnelle agissant sur des tuniques stomacales déjà fort altérées. » C'est aux perforations dans le cours d'un ulcère simple qu'il faut rattacher le plus grand nombre des perforations dites spontanées de l'estomac, qui ne sont que la dernière période d'un processus ulcératif qui a détruit peu à peu les tuniques de l'organe et dont les symptômes sont passés inaperçus soit qu'ils aient été bien légers, soit qu'ils aient complètement fait défaut.

(1) REVILLIOD, Rupture spontanée de l'estomac. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1885.

(2) DAMASCHINO, *Maladies de l'appareil digestif*, Paris.



## CHAPITRE II

### Historique.

La connaissance exacte de l'ulcère rond de l'estomac et de la perforation qui peut en résulter date de 1838, époque à laquelle parut le célèbre travail de Cruveilhier (1), auquel vint s'ajouter l'année suivante le mémoire de Rokitsansky (2).

Cependant les érosions et ulcérations de l'estomac étaient connues de longue date, mais à ces auteurs revient le mérite d'en avoir fait une entité morbide nettement définie et d'en avoir bien décrit l'anatomie pathologique et les symptômes.

Bien longtemps avant eux on a publié des observations de ruptures dites spontanées de l'estomac qui n'avaient été précédées d'aucun symptôme morbide du côté de l'appareil digestif et qui doivent certainement, d'après la description anatomique des lésions, avoir été causées par un ulcère de cet organe resté latent. Malheureusement les observations sont un peu confuses, elles manquent souvent de la rigueur anatomique nécessaire et on risque de confondre les déchirures de l'estomac avec les perforations.

Néanmoins nous en avons recueilli quelques-unes qui,

(1) CRUVEILHIER, *Anatomie pathologique du corps humain*, 10<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> livraisons. *Revue médicale*, 1838. *Archives de médecine*, 1856.

(2) ROKITANSKY, *Archives de médecine*, 1842.



par la netteté du tableau clinique et la description exacte des lésions, méritent d'être retenues et qui sont certainement des exemples de l'affection qui nous occupe.

On lit dans les *Ephémérides des Curieux de la Nature* (1) qu'un jeune homme de la campagne, âgé de 30 ans environ, non marié, ordinairement bien portant, mais qui avait la respiration difficile et des flatulences, fut trouvé mort dans son lit entre deux camarades avec lesquels il s'était couché la veille. Son corps ayant été examiné juridiquement, les intestins parurent enflammés ; le fond de l'estomac qui paraissait aussi enflammé présentait un trou de la largeur d'un demi-florin. On trouva dans le fond du petit bassin une livre de sang semblable à de la lavure de viande.

Pour trouver une observation un peu détaillée, il faut arriver à Gastellier (2) : elle date de 1775, nous la rapportons plus loin (obs. I), l'auteur a le mérite d'avoir appelé l'attention sur des cas semblables et d'avoir montré qu'on pouvait souvent les prendre pour un empoisonnement : « Ce fait, dit-il, est de nature ainsi que ses analogues à prévenir les médecins légistes de se mettre en garde contre toute espèce de prévention pour prononcer avec la plus grande réserve sur le sort des hommes prévenus du crime d'empoisonnement. »

Le premier travail d'ensemble est celui de Gérard (3) qui parut en 1803, où sont rapportées plusieurs observations ;

(1) Cent. 2, obs. 53, p. 94, rapporté par GÉRARD.

(2) GASTELLIER, Perforation de l'estomac. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, mai 1815, t. XXXIII, p. 24.

(3) ALEX. GÉRARD, *Des perforations spontanées de l'estomac*, Paris, 1803.

l'une d'elles est relatée plus loin. Il vit bien l'origine, la cause réelle des perforations dites spontanées et les auteurs qui sont venus ensuite n'ont fait que reprendre les idées déjà émises par lui, en y ajoutant des faits nouveaux. Qu'on nous permette de citer la conclusion de son travail qui en est la preuve : « La perforation spontanée de l'estomac n'est pas une maladie aussi rare qu'on le pense ordinairement : elle a lieu à la suite de la gangrène d'un ulcère ou d'un abcès de ce viscère. Les symptômes les plus frappants et les plus ordinaires de cette lésion sont une douleur énorme, atroce et instantanée à l'épigastre, une résolution subite des forces, le vomissement de quelques gorgées d'aliments ou au moins quelques efforts pour vomir ; un pouls faible ou dur et toujours très vite, la figure décomposée, des douleurs cruelles et sans relâche, la mort dans les 24 heures et la tuméfaction du ventre après la mort, si elle n'a pas eu lieu auparavant » (p. 76).

Rathelot (1) cite le cas d'une femme bien portante qui, en sortant d'un bal, fut saisie de coliques, de vomissements fréquents, mourut rapidement et chez laquelle on trouva une perforation de l'estomac.

Jusqu'ici les auteurs qui se sont occupés de la question n'ont en général fait que peu de cas de l'état de santé antérieur des malades. C'est à Chaussier (2) que revient le mérite d'avoir signalé cet accident chez des gens en apparence bien portants. Il a très bien décrit les traits de la perfora-

(1) Précis analytique des travaux de la Société de médecine de Dijon, p. 38. *Journal de médecine*, 1849.

(2) *Annuaire de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie du département de l'Eure*, 1818, p. 6.



tion de l'estomac ainsi que les symptômes de la maladie qui l'ont amenée. Cette perforation est due suivant lui à un travail spécial d'irritation qui déterminerait dans le point qui en est le siège un afflux de suc gastrique dont la funeste activité tournerait contre les parois qui l'ont sécrété, puis il ajoute : « Quelquefois ces sortes de dilacérations ou perforations de l'estomac se forment tout à coup ou en peu d'heures dans des personnes qui d'ailleurs paraissent jouir d'une bonne santé ». En même temps il montre l'importance médico-légale de cette question et la possibilité de confondre de pareils accidents avec les empoisonnements. A la suite d'une expertise sur un cas de ce genre dont il fut chargé il publia un rapport resté célèbre. Ses considérations se trouvent développées dans la thèse de Laisné (1) parue l'année suivante.

La même année dans l'article *perforation* du *Dictionnaire des Sciences Médicales*, Percy et Laurent étudient à nouveau cette question ; pour eux, comme pour Morin (2) et Laisné, les perforations spontanées de l'estomac sont celles qui se font par un travail d'érosion et ils ajoutent : « L'état antérieur de la santé du malade doit être noté avec soin et peut jeter le plus grand jour sur la cause de la perforation, quoique nous ayons donné plusieurs exemples de cet accident survenu tout à coup et sans qu'aucun symptôme précurseur en ait pu faire soupçonner l'existence. C'est dans ce cas que les douleurs brûlantes à l'estomac suivies d'une

(1) LAISNÉ, *Considérations médico-légales sur les érosions et perforations de l'estomac*, thèse de Paris, 1819.

(2) MORIN, *Considérations sur les érosions*, thèse de Paris, 1806.

mort aussi prompte qu'imprévue peuvent faire croire à un empoisonnement. »

Andral (1), sans nier absolument la possibilité des perforations spontanées de l'estomac, affirme cependant que celles-ci sont le plus souvent le résultat d'ulcérations chroniques : « L'extension plus ou moins rapide d'une ulcération en profondeur, telle est en effet la cause la plus fréquente de ces solutions complètes de continuité. » Et plus loin il ajoute : « Parmi les observations de perforation de l'estomac, il en est un certain nombre qui sont relatives à des cas dans lesquels avant le moment où la perforation s'est formée il y avait du côté des voies digestives des signes plus ou moins tranchés d'une affection soit aiguë soit chronique et à l'ouverture des cadavres on a trouvé la perforation au milieu de membranes ulcérées, ramollies, altérées en un mot. Dans d'autres de ces observations on ne voit rien de semblable : des individus très bien portants sont pris subitement de douleurs abdominales très vives, ils succombent en quelques heures : à l'ouverture de leur cadavre on trouve un épanchement dans le péritoine, une perforation en un point des parois de l'estomac, souvent autour de la perforation existe un ramollissement pultacé des parois gastriques ».

Lefèvre (2), dans une publication antérieure au travail de Cruveilhier bien que parue en 1842, rapporte plusieurs observations intéressantes.

Enfin arrive Cruveilhier (3) qui établit l'ulcère simple de

(1) ANDRAL, *Précis d'anatomie pathologique*, Paris, 1829, tome II, pages 104 et 109.

(2) LEFÈVRE, Perforations spontanées de l'estomac. *Archives de médecine*, 1842.

(3) CRUVEILHIER, *loc. cit.*



l'estomac et en décrit magistralement les symptômes et les complications auxquels il peut donner lieu. Il signale l'ulcère latent puisqu'il dit : « Il n'est pas très rare de rencontrer l'ulcère simple de l'estomac sur le cadavre d'individus qui n'avaient accusé pendant la vie aucun symptôme du côté de ce viscère. »

Rokitansky (1) parle également des cas dans lesquels la perforation manifeste brutalement la maladie : « des cas pareils peuvent donner l'idée d'un empoisonnement jusqu'à ce que l'autopsie montre la cause de la mort. »

La possibilité de la perforation d'un ulcère jusque-là latent est dès lors connue, Peste en publie une observation en 1844 (obs. 9). Cathcart Lees (2) dit dans une étude sur l'ulcus : « L'ulcère chronique de l'estomac peut durer fort longtemps et ne se manifester par aucun symptôme prédominant jusqu'au moment où se produit la perforation funeste. Les symptômes de l'ulcère de l'estomac sont donc souvent très légers, ce sont ceux d'une simple dyspepsie ; mais ils peuvent être plus obscurs encore, entièrement latents même au point de ne causer aucune préoccupation au malade et à ceux qui l'entourent jusqu'au moment où une abondante hématomèse ou l'apparition brusque et subite des terribles symptômes d'une perforation viennent révéler la véritable nature de la maladie..... Lorsqu'elle survient très peu de temps après un repas, on peut soupçonner un empoisonnement, mais, au point de vue médico-légal, il est important de se rappeler que les cas dans les-

(1) ROKITANSKY, *Archives de médecine*, 1842, p. 195.

(2) CATHCART LEES, Observations d'ulcères chroniques de l'estomac suivies de quelques remarques : *Dublin quarterly journal of med.*, n° XIX, août 1850. Trad. in *Archives de médecine*, 1851, t. XXVIII, p. 447.

quels il survient une perforation subite sont rarement précédés de symptômes précurseurs graves. »

Niemeyer (1) cite le cas suivant : « J'ai eu la triste occasion de me convaincre de la marche rapide d'un ulcère perforant. A Magdebourg j'ai vu mourir le Dr Brunneman, jeune médecin des plus distingués et promettant le plus brillant avenir. Quand la perforation eut lieu il ne conserva pas le plus léger doute sur la nature de son mal et donna l'assurance positive qu'il n'avait jamais souffert que pendant une huitaine de jours de douleurs insignifiantes qu'il avait considérées comme les symptômes d'un catarrhe léger. »

Brinton (2) s'exprime ainsi : « Une personne, le plus souvent une femme jeune et bien portante en apparence, d'autres fois une femme dyspeptique et chlorotique depuis quelque temps éprouve tout à coup à la suite d'un repas une douleur atroce dans l'abdomen, puis tous les symptômes d'une péritonite rapidement fatale. Ce passage rapide d'une santé apparente à une souffrance horrible et à la mort éveille singulièrement l'attention et quelquefois fait naître le soupçon d'un empoisonnement. »

Enfin tous les auteurs modernes qui se sont occupés de la perforation des ulcères simples de l'estomac ont signalé la possibilité de cette complication dans l'ulcère latent, mais on considère ordinairement cette forme et cet accident comme exceptionnels, nous voulons seulement montrer dans cette étude qu'ils sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement.

(1) NIEMEYER, *Eléments de pathologie interne*, Traduction française, 1865, p. 579 en note.

(2) BRINTON, *Traité des maladies de l'estomac*. Trad. française, 1870.



## CHAPITRE III

### Étude de la perforation.

SEXE. — L'ulcère de l'estomac étant plus fréquent chez la femme, il était facile de supposer que la perforation se produirait plus souvent chez cette dernière. Les faits viennent confirmer cette manière de voir ; d'après les auteurs classiques, la perforation se rencontre deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme. Pour ce qui concerne l'ulcère latent cette proportion est encore plus élevée, en effet nous trouvons d'après les observations que nous avons recueillies que la perforation a eu lieu 27 fois chez la femme et 13 seulement chez l'homme.

AGE. — La perforation est un accident de tous les âges, cependant elle survient surtout chez les jeunes sujets et principalement chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, de 15 à 30 ans, puisque sur 27 femmes nous en trouvons 5 seulement âgées de plus de 30 ans ; on peut donc dire que c'est chez la femme et à cette époque de la vie que la perforation est le plus fréquente.

NOMBRE. — On peut dire d'une manière générale que l'ulcère de l'estomac est le plus souvent unique, néanmoins il n'est pas rare d'en rencontrer deux et même plus. Brinton, sur 463 cas d'ulcères qu'il a étudiés, cite 97 cas où il y avait plusieurs ulcères ; dans 57 cas il y avait 2 ulcères ; dans 16 cas, 3 ulcères ; dans les 26 cas

restants, le nombre des ulcères était de 4, 5 ou 6. Mais il arrive quelquefois, et c'est le point important, que plusieurs de ces ulcères se perforent simultanément et au même moment. Sans être fréquent le fait existe. Sur 41 observations d'ulcères latents terminés par perforation, nous trouvons que 10 fois il y avait plusieurs ulcères qui se répartissent ainsi :

Dans 5 cas il y avait 2 ulcères.

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| — 3 | — | 3 | — |
| — 1 | — | 4 | — |
| — 1 | — | 6 | — |

Dans 4 cas il y a eu rupture simultanée de deux ulcères siégeant l'un à la face antérieure l'autre à la face postérieure, mais, fait intéressant à remarquer, 3 fois, dans les observations de Von Franke n. 3, de M. Dieulafoy, les deux ulcères et les deux perforations qui en étaient résultées étaient situées l'une en regard de l'autre, absolument symétriques, le fait curieux que les deux surfaces ulcérées sont quelquefois en exacte correspondance permet de se demander si dans ces cas l'un des ulcères n'a pas été précédé et produit par l'autre. Peut-être le contact perpétuel d'une surface muqueuse saine et d'une ulcération détermine-t-il sur la première une ulcération secondaire ; il se ferait alors une inoculation septique de paroi à paroi, analogue à celles que l'on rencontre dans la stomatite ulcéro-membraneuse ou dans certaines ulcérations communiquées du gland au prépuce ou inversement.

La possibilité de l'existence simultanée de plusieurs perforations mérite d'être prise en sérieuse considération, car dans ces cas, au cours de la laparotomie, seul traitement



rationnel comme nous le verrons, si on suture une perforation, et si on referme ensuite l'abdomen, les accidents n'en continuent pas moins à évoluer, et à l'autopsie on retrouve une deuxième perforation, c'est ce qui est arrivé à Selzner et à Mickulics.

SIÈGE DE LA PERFORATION. — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que c'est à la face postérieure à la petite courbure et dans la région pylorique que siège le plus souvent l'ulcère, et cependant c'est à la face antérieure que l'on observe le plus fréquemment la perforation. Cette assertion reste vraie pour l'ulcère latent ; en effet nous avons obtenu les résultats suivants :

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Face antérieure. . . . .                 | 20 |
| Petite courbure. . . . .                 | 7  |
| Pylore. . . . .                          | 2  |
| Face postérieure . . . . .               | 3  |
| Cardia. . . . .                          | 1  |
| Face antérieure et postérieure . . . . . | 3  |

La fréquence plus grande de la perforation à la paroi antérieure tient évidemment à la plus grande mobilité de celle-ci ; pendant la digestion elle se distend et se déplace et favorise la perforation non seulement en empêchant la formation d'adhérences protectrices, mais aussi parce que cette distension mécanique suffit pour rompre la mince pellicule à laquelle se trouve alors réduite la paroi de l'estomac. Au contraire la fixité plus grande de la face postérieure permet à des adhérences de se former entre elle et les organes voisins, atténuant au plus haut degré les conséquences de la perforation ; si celle-ci se produit, il y a alors le plus souvent abcès sous-diaphragmatique.

FORME ET ASPECT DE LA PERFORATION. — Vue par la face péritonéale la perforation se présente le plus ordinairement sous la forme d'un orifice irrégulièrement arrondi ou circulaire, les bords sont nets, taillés à pic, comme à l'emporte-pièce ; plus rarement elle affecte une forme plus ou moins elliptique.

Quant aux dimensions de la perforation, elles varient beaucoup et ne sont nullement en rapport avec l'étendue de l'ulcère lui-même, tantôt elles sont petites comme une tête d'épingle, comme un pois, tantôt elles ont la grandeur d'une pièce de 1 franc, rarement plus, le plus ordinairement leur grandeur est égale à celle d'une pièce de 50 centimes.

Du côté de la muqueuse l'aspect est tout différent. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de l'anatomie pathologique de l'ulcus, ce serait sortir de notre sujet, aussi indiquerons-nous brièvement les principaux caractères de la lésion qui nous occupe. L'ulcère apparaît le plus souvent creusé en entonnoir, l'orifice ayant une étendue plus grande que le fond, ses bords sont taillés en pente, quelquefois en gradins, chacun des gradins correspondant à une des tuniques de l'organe perforé. Cette disposition en gradins ne se rencontre pas toujours également sur toute la périphérie de l'ulcération, sur une partie de celle-ci la section peut être nette, taillée à pic. Quand la lésion est ancienne il n'est pas rare de trouver les bords de l'ulcération indurés, épaissis. Au fond de l'entonnoir, du cratère ainsi formé se trouve un orifice plus ou moins grand correspondant à la perforation.

CONSÉQUENCES DE LA PERFORATION. — Le résultat immédiat de la perforation est l'issue d'une partie du contenu stomacal dans la cavité péritonéale :



1° Si elle n'a pas été précédée de la formation d'adhérences ou de fausses membranes protectrices, il se produit une péritonite suraiguë rapidement mortelle. Dans ces circonstances, les lésions de la péritonite peuvent faire défaut au moment de l'autopsie, le malade ayant succombé comme sidéré peu de temps après la perforation. D'autres fois, si la mort a été moins rapide, la séreuse est simplement distendue par les gaz, visqueuse, dépolie, finement injectée.

Plus fréquemment la péritonite a eu le temps d'évoluer et on trouve des lésions variables suivant la durée de la maladie : tantôt simplement un dépoli de la séreuse, quelques plaques rouges sur les anses intestinales avec un petit épanchement séro-purulent et çà et là quelques fausses membranes récentes et quelques exsudats fibrineux ; tantôt, si la mort survient seulement au bout de quelques jours, on trouve presque tous les caractères de la péritonite purulente généralisée.

C'est cette première terminaison qu'on observe le plus souvent, pour ne pas dire presque toujours, dans le cours des ulcères latents, aussi doit-elle plus particulièrement attirer l'attention aussi bien à cause de son extrême fréquence qu'à cause de la rapidité de son évolution.

2° Lorsque le processus ulcératif a été accompagné de la formation d'adhérences entre l'estomac et les organes voisins, adhérences qui opposent une barrière capable de limiter l'épanchement du contenu stomacal et l'infection qui en est la conséquence, il se produit non plus une péritonite généralisée mais une péritonite circonscrite, une péritonite partielle enkystée. Il se forme ainsi une cavité anfractueuse, remplie de pus et de gaz au-dessous du dia-

phragme, parfois au-dessus de la face supérieure du foie ; c'est le pyomneumothorax subphrenicus des auteurs allemands, abcès sous-phrénique des français. Ces abcès peuvent s'ouvrir à leur tour dans une région voisine donnant lieu soit à une fistule gastro-intestinale, soit à un pyopneumothorax ou à une pleurésie purulente, soit à une péritonite généralisée secondaire.

Mais au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire dans l'ulcère latent, ce mode de terminaison par péritonite enkystée est extrêmement rare. Nous n'en avons trouvé que 3 cas ; dans l'un (*obs.* 13) l'abcès sous-phrénique avait fusé entre les deux médiastins, dans le second (*obs.* 26) il s'était ouvert dans le côlon, dans le 3<sup>e</sup> cas (*obs.* 32) il avait donné lieu secondairement à une péritonite généralisée.



## CHAPITRE IV

### **Symptomatologie.**

Dans les cas où l'ulcus ne s'est traduit jusque-là par aucun signe appréciable, la perforation est presque foudroyante, et ce qui caractérise le tableau clinique, c'est avec la marche foudroyante des accidents, la brusquerie de l'apparition des symptômes.

Le plus souvent la perforation n'est précédée d'aucun signe prodromique et les accidents éclatent brusquement au milieu d'une santé parfaite, exceptionnellement cependant les malades ont accusé le jour même ou la veille une sorte de malaise mal défini avec quelquefois une sensation de pesanteur dans la région épigastrique. C'est presque toujours à la suite d'un repas ou après l'ingestion d'un liquide quelconque que la perforation se produit, tantôt sans cause provocatrice appréciable, tantôt sous l'influence d'une violence mécanique causée par un des actes que nous avons signalés précédemment.

Mais quelles que soient les circonstances qui ont accompagné la perforation le début des accidents est toujours identique. Subitement le malade ressent une douleur extrêmement vive, atroce, à l'épigastre ; quelquefois même il a parfaitement la sensation d'une déchirure intérieure et de l'écoulement de liquide dans la cavité abdominale. Cette douleur intense, ordinairement bien localisée au début,

s'étend rapidement à tout l'abdomen, elle gagne les hypochondres, les flancs, devient générale, avec irradiations jusque dans l'épaule et s'accompagne parfois d'épreintes du côté de la vessie et du rectum. Loin de la calmer l'ingestion de liquide l'exaspère. Lorsqu'il est possible d'examiner les malades peu de temps après l'apparition des accidents on constate à ce moment une rétraction de la paroi abdominale, avec une tension particulière des ventres supérieurs des muscles grands droits de l'abdomen ; le signe existe au début mais ne persiste pas longtemps, il constitue avec la douleur à peu près le seul signe de cette période et M. Michaux (1) lui accorde une certaine importance.

Dans les premières heures peuvent également survenir de la dyspnée, du hoquet qui exaspère les douleurs du patient, plus rarement quelques vomissements. On constate parfois une élévation de température aux environs de 38° ; enfin dans quelques observations nous avons trouvé presque aussitôt après la douleur initiale un frisson plus ou moins intense.

A cette première période, ou période de début, fait bientôt suite une seconde ou période de péritonite. Le ventre se ballonne, le météorisme se développe rapidement, à la pression l'abdomen est tendu et douloureux dans toute son étendue, mais surtout vers les parties supérieures. Cette augmentation de la tension de la paroi abdominale est un fait fréquent mais qui n'est pas constant, elle peut coïncider avec un gonflement considérable de l'abdomen, ce qui arrive le plus souvent, mais elle peut se produire aussi

(1) MICHAUX, Intervention chirurgicale dans les perforations de l'estomac. *Société de chirurgie*, 11 mars 1896.

sans gonflement, et même le ventre était rétracté. Le météorisme se montre surtout accusé vers la partie supérieure de l'abdomen, la matité hépatique disparaît rapidement, et on voit parfois une voussure occupant l'épigastre et les hypochondres.

Le malade est dans un abattement complet, l'aspect du visage est caractéristique : les traits sont tirés, le facies est grippé, le teint plombé ; les yeux s'excavent, se cernent, les paupières deviennent bleuâtres, le nez s'effile, les lèvres se pincent, c'est en un mot le facies péritonéal. En même temps les extrémités se refroidissent et se couvrent d'une sueur froide et visqueuse, le pouls devient de plus en plus petit et misérable.

Il peut survenir des vomissements alimentaires bilieux, porracés et même fécaloïdes comme dans l'observation 13. Mais le plus souvent ils manquent totalement, alors qu'ils sont si fréquents dans les autres péritonites, et il n'est pas rare qu'ils fassent entièrement défaut depuis le début jusqu'à la terminaison fatale.

La température est variable, la fièvre ordinairement si vive dans la péritonite aiguë est ici le plus souvent très modérée, elle peut faire complètement défaut et est même parfois remplacée par l'hypothermie.

Dans un grand nombre de cas les évacuations se suppriment, il y a un arrêt des matières et des gaz, la constipation est absolue ; il s'y ajoute souvent une diminution ou même une suppression complète de l'urine, ce qui fait naturellement penser à une obstruction intestinale.

Au bout d'un temps parfois très court, la prostration devient extrême, la peau se couvre d'une sueur froide, le pouls



devient filiforme et le malade tombe dans le collapsus. Un des caractères les plus importants de ce genre de perforation est la rapidité et l'intensité du collapsus. La sidération résultant du shock abdominal peut être telle qu'elle réduise au silence la péritonite généralisée, conséquence de l'issue des matières alimentaires dans l'abdomen. Dans ces cas le collapsus, avec l'état algide qu'il détermine, domine la scène morbide et l'emporte sur la réaction inflammatoire causée par la péritonite. Après apparition du collapsus la douleur s'amende généralement, parfois même elle peut disparaître complètement dans les heures qui précèdent la mort ; celle-ci arrive après 12, 24, 36, 48 heures, rarement plus. Tous ces symptômes graves contrastent singulièrement avec l'intégrité de l'intelligence, car les troubles nerveux font ordinairement défaut ; on a noté exceptionnellement quelques convulsions avant la mort.

Tel est le tableau clinique que l'on retrouve le plus souvent et la perforation de l'ulcère latent se termine ordinairement par péritonite aiguë généralisée qui amène la mort en deux ou trois jours. Mais parfois aussi la marche en est absolument foudroyante et l'issue fatale beaucoup plus prompte, la phase de péritonite faisant totalement défaut. Le début est identique, le malade se plaint comme dans le cas précédent d'une douleur épouvantable dans la région épigastrique et au bout de quelques heures, quelquefois moins, avant même souvent qu'on ait eu le temps de chercher un médecin, il meurt subitement dans la position qu'il occupe.

Il se produit ici une sorte de shock, une sidération des centres nerveux qui amène la mort subite avant même que

la réaction inflammatoire du côté du péritoine ait eu le temps de se produire. Le mécanisme de la mort subite dans ces cas a été longtemps obscur, puisqu'on ne trouve le plus souvent aucune lésion appréciable du côté du péritoine et des viscères abdominaux. Les expériences physiologiques de Lallemand, de Marshall Hall, de Brown Séquard, de François Franck sur le grand sympathique, les travaux cliniques de Gubler, Gosselin, Dieulafoy, Morel, ont éclairci cette question : il s'agit ici d'une sidération des centres nerveux par action réflexe sur le grand sympathique.

Etant donnée une lésion péritonéale, si l'excitation est faible, il n'y aura que des phénomènes actifs bornés aux organes abdominaux ; si l'excitation est plus forte les troubles, tout en restant toujours limités à la cavité péritonéale, consisteront en phénomènes passifs représentés par la paralysie musculaire de l'intestin et ses conséquences, stase des matières, phénomènes d'obstruction ballonnement du ventre, ce qui avait déjà été bien vu par Henrot. Enfin, si l'irritation est très intense, elle retentira sur les viscères thoraciques qu'elle frappera d'inertie et les fonctions d'hématose, de circulation, de calorification seront plus ou moins compromises, souvent anéanties ; ainsi peuvent s'expliquer la rapidité de l'apparition du collapsus et souvent la mort subite.

Mais à côté de ces formes qui peuvent emporter des malades en quelques jours, en quelques heures, en quelques minutes, il en est d'autres qui se comportent un peu différemment. Si des adhérences ont eu le temps de se former, l'épanchement ne dépasse pas le voisinage immédiat

de la région où s'est effectuée la perforation, l'inflammation reste alors limitée et on a une péritonite partielle enkystée. Mais ces cas sont beaucoup plus rares que les précédents et il semble qu'un des caractères propres de l'ulcère latent, en même temps que l'absence de douleur et de troubles fonctionnels, soit l'absence de réaction inflammatoire sur les organes environnants, réaction qui a pour résultat l'établissement d'adhérences protectrices. En effet sur 41 observations que nous avons recueillies nous n'avons trouvé que 3 fois une péritonite enkystée.

Dans ces cas le début est ordinairement plus silencieux parfois même tout à fait insidieux, la douleur est moins vive, mal localisée, sourde et gravative, sans caractère propre ; quelquefois cependant les symptômes éclatent bruyamment comme dans les cas précédents, on a le tableau clinique d'une péritonite d'abord généralisée qui, au bout de quelques jours, se localise au-dessus de l'ombilic, non sans avoir laissé çà et là dans la cavité péritonéale des traces de son passage, qu'on retrouve à l'autopsie. On assiste alors à la formation d'un abcès périgastrique.

Le malade se plaint de douleurs vagues dans tout l'abdomen, ou dans l'un des hypochondres et le côté correspondant avec irradiations jusque dans le cou et les épaules, ces douleurs sont réveillées et accrues par la toux et le vomissement. On trouve fréquemment de la dyspnée, du hoquet, les inspirations sont douloureuses, ce qui tient à la participation du diaphragme dans le processus inflammatoire.

Les symptômes généraux sont assez accentués ; la fièvre est continue avec ascension thermique parfois très élevée



et grandes oscillations, l'anorexie est complète, l'amaigrissement rapide, le malade ne tarde pas à devenir cachectique.

Du côté de l'abdomen il s'établit le plus souvent un contraste remarquable entre les régions sus et sous-ombilicales, signe important pour le diagnostic (Bouveret). Au-dessous de l'ombilic la paroi est souple non tendue, la pression n'y est pas douloureuse. Au-dessus de l'ombilic au contraire, soit dans la région épigastrique soit dans un des hypochondres, et surtout du côté gauche, on constate une voussure plus ou moins accentuée, large et étalée ; ces parties sont tendues, tuméfiées. A la palpation qui est douloureuse, on sent un empâtement profond, vague et mal délimité. Il n'est pas rare de trouver à ce niveau un œdème sous-cutané qui se propage en arrière vers la région lombaire. La percussion donne de la matité plus ou moins étendue si le contenu est franchement purulent, ou bien du tympanisme s'il y a en même temps des gaz. Mais il s'en faut que les signes physiques soient toujours aussi nets, aussi tranchés ; dans bien des cas surtout lorsque l'abcès siège à la face postérieure de l'estomac ils sont beaucoup plus obscurs et diffus. Enfin il n'est pas rare de trouver ailleurs dans la cavité abdominale d'autres collections purulentes enkystées (obs. 13).

Après un temps plus ou moins long le malade succombe soit aux progrès de la cachexie, soit à l'ouverture de l'abcès dans un des organes voisins, plèvre, poumons, péricarde, médiastin (obs. 13), intestin (obs. 26), soit par généralisation de la péritonite.

## CHAPITRE V

### Observations.

OBS. 1. — *Perforation de l'estomac.* — GASTELLIER, *Journal de médecine et de chirurgie*, 1815, t. XXXIII, p. 24.

Mademoiselle Deverton, pensionnaire au couvent des dames dominicaines de Montargis après avoir passé la soirée du 27 juillet 1775 fort gaiement dans les jardins et y avoir même chanté jusqu'à 11 heures, se retira avec ses compagnes pour aller se coucher ; elle dormit d'un bon sommeil jusqu'à 3 heures du matin, lorsqu'elle fut éveillée par des douleurs d'estomac les plus aiguës, douleurs si violentes qu'elle réveilla toute la maison. Comme ces dames avaient une pharmacie bien assortie, elles essayèrent quantité de remèdes calmants et autres, et le tout sans le moindre soulagement. Je vis la malade sur les sept heures avec tous les signes précurseurs d'une mort prochaine, que j'annonçai à la supérieure, Mme de Champignelle, à qui je fis part en même temps de mes soupçons sur la cause d'une mort aussi précipitée que j'attribuais à l'action délétère de quelque poison. La supérieure me répondit que cela ne pouvait pas être en ce que les religieuses, les grandes et les petites pensionnaires, mangeaient toutes à la même table, les mêmes aliments et préparés dans les mêmes ustensiles de cuisine dont on avait le plus grand soin et que d'ailleurs elle était la seule de la maison qui fût malade. Enfin elle expira sur les dix heures ce qui, au total depuis l'invasion de sa colique jusqu'à la terminaison, n'a fait que sept heures.

Informé de la mort presque subite de cette demoiselle, je demandai à Mme la supérieure la permission d'ouvrir son cadavre. Mme la supérieure et toutes les religieuses de crier anathème con-

tre moi et contre l'indécence de ma proposition. D'après ce refus, j'allai trouver aussitôt le lieutenant général de police, qui fit sur le champ une ordonnance de police par laquelle il nomma M. Jolly chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et moi pour procéder de suite à cet examen.

Après avoir fait la section des téguments des muscles et du péritoine qui n'étaient nullement altérés, nous vîmes des grains de groseille rouge épars ça et là sur les viscères du bas-ventre, ce qui nous annonça quelque perforation, soit à l'estomac, soit au tube intestinal. Nous examinâmes d'abord dans sa position naturelle l'estomac qui nous parut plein, et nous aperçûmes, dans la partie moyenne et antérieure de sa grande courbure, deux perforations, de forme orbiculaire et d'une grandeur telle qu'aurait pu former une balle de plomb. Nous examinâmes l'omentum, le diaphragme, en un mot tous les organes adjacents, tous étaient dans leur état naturel. Cet examen étant fini, nous détachâmes l'estomac de toutes les parties environnantes pour en examiner l'intérieur avec plus de facilité. L'ouverture faite avec soin et au-dessus des perforations, nous trouvâmes tous les aliments du souper de la veille sans être altérés et après l'avoir entièrement vidé, nous vîmes les deux trous comme si deux balles y étaient passé et sans y trouver aucuns débris de pièces emportées, seulement les bords amincis et livides, ce que nous n'avions point observé à l'extérieur de ces perforations.

OBS. 2. — *Perforations de l'estomac.* — GÉRARD, *Des perforations de l'estomac*, Paris, 1803.

Un homme âgé de 30 ans, grand sec et pâle, mais jouissant d'une bonne santé, n'avait mangé dans la matinée que quelques onces de pain, et bu un peu de vin mêlé d'eau, lorsqu'il fut saisi tout à coup d'une douleur atroce qui le forçait à se tenir courbé jusqu'à terre, et de comprimer son ventre avec les bras pour se procurer un peu de soulagement. Il se coucha en travers sur son lit et rejeta par le vomissement les aliments qu'il avait pris le matin. Les muscles du bas-ventre étaient si contractés que la paroi antérieure de



cette cavité paraissait collée au rachis. La mort mit un terme à tant de douleurs douze heures après leur première invasion. On trouva à la petite courbure de l'estomac, à un pouce environ du pylore, un trou du diamètre d'une ligne et demie, arrondi comme s'il eût été fait avec un emporte-pièce; ce trou, à travers lequel les boissons s'étaient épanchées dans l'abdomen, était couronné d'un cercle rouge, de la largeur d'un quart de ligne.

OBS. 3. — *Perforation de l'estomac.* — DUPARQUE, *Académie de médecine*, 24 mai 1831, *Transact. médicales*, 1831, t. IV, p. 123.

Une jeune fille de dix-sept ans et demi avait présenté simplement quelques signes légers de chlorose et quelques troubles menstruels. Le 26 février, elle fait plusieurs courses, monte plusieurs fois et à de courts intervalles des escaliers de quatre étages, prend une leçon de danse, et n'éprouve de tout cela ni fatigue ni dérangement quelconque. A cinq heures elle mange de bon appétit un potage à l'œuf, du veau aux pommes de terre, boit de l'eau rougie et du café à l'eau. Elle se met ensuite à travailler aux apprêts d'une toilette qui devait lui servir à la noce prochaine d'une de ses amies; elle est très gaie. A huit heures du soir en mettant son châle pour sortir, elle est prise d'un peu de toux et un éternuement qui occasionnent immédiatement un sentiment de douleur brûlante dans l'hypochondre gauche. Cette douleur est assez violente pour produire une lypothymie, et la malade est obligée de se coucher. Bientôt surviennent des nausées, etc., et la malade meurt le lendemain sans agitation et sans agonie à huit heures du matin.

A la face antérieure de l'estomac, à la partie gauche et supérieure, à deux pouces du cardia est une ouverture circulaire d'une ligne et demie de diamètre. Au dedans, il y a à ce niveau une dépression circulaire de huit lignes sur cinq environ de diamètre. Les bords de l'excavation sont coupés régulièrement dans un tiers environ de la circonférence, obliquement dans les deux autres tiers. Les bords étaient arrondis et comme cicatrisés.

OBS. 4. — *Perforation spontanée de l'estomac.* — M. UBERSAL,  
*Archives générales de médecine*, 1831, t. XXIV.

Marckiechel, âgée de 21 ans, brune, fortement membrée, d'un embonpoint médiocre, fut atteinte il y a 18 mois d'une pleurésie avec léger crachement de sang ; en sortant de l'hospice civil où elle fut traitée elle a encore eu une toux rauque sans expectoration qui s'est dissipée lentement. Depuis cette époque elle a continué d'être bien portante et a eu un appétit très fort.

Il y a six semaines environ que cette fille se plaignait de temps en temps de malaise ; on voyait son ventre prendre un peu d'accroissement, ce qui attira parfois des railleries de la part des personnes qu'elle servait ; elle avait, surtout quelques jours avant sa mort l'air triste, la figure quoique colorée, un peu tirée.

Le 21 avril 1831, à dix heures du soir, elle était occupée de ménage et se couche en bonne santé. A deux heures du matin de la même nuit elle fut éveillée par des douleurs dans le ventre et dans les reins ; le matin elle ne pouvait sortir du lit, elle avait perdu l'appétit, elle se sentait une gêne dans la respiration et était dans un état d'anxiété et de souffrance qui alla en augmentant jusqu'à trois heures de l'après-midi.

Appelé, je la trouvai la face animée, la respiration gênée, précipitée ; inquiétude, chaleur sèche, langue rouge, pouls fréquent, dur, irrégulier ; bas-ventre tuméfié, empâté et sensible au toucher ; cette sensibilité est plus forte à l'hypochondre droit, où elle se plaint d'une douleur comme d'un point de côté, en respirant. Douleurs dans les reins et dans les lombes, toux sèche, urines en petite quantité colorées, constipation depuis 36 heures.

Une saignée est faite vers 5 heures.

A 6 heures du soir, amendement marqué, la malade demande à manger, on lui donne un peu de soupe qu'elle prend avec plaisir.

A 8 heures et demie, des symptômes alarmants se manifestent : malaise, anxiété, agitation, respiration laborieuse et courte ; contorsions des membres et mouvements convulsifs de la face, yeux ternes et fixes, pupilles dilatées, extrémités glaciales, sueurs froides.

des. Le bas-ventre se ballonne, le pouls est à peine sensible, vermiculaire. Appelé à la hâte je trouve la malade en agonie et elle expire vers 9 heures du soir sans avoir vomi ni même avoir eu des envies de vomir pendant sa courte maladie.

Autopsie cadavérique faite le 24 avril 1831 à 7 heures du matin, 36 heures après la mort ; aucun symptôme de putréfaction, ventre légèrement ballonné, embonpoint ordinaire.

*Thorax.* — A l'ouverture de la poitrine, poumons de couleur naturelle, le gauche un peu adhérent par son lobe supérieur à la plèvre costale. Epanchement séro-sanguinolent de 7 à 8 onces dans les deux cavités pleurales, quelques tubercules dans les poumons, cœur normal.

*Abdomen.* — A l'ouverture du bas-ventre une grande quantité d'un liquide jaunâtre, épais, d'une odeur fétide s'est écoulé ; les intestins avaient l'aspect sain, seulement un peu plus dilatés qu'à l'ordinaire ; l'estomac avait contracté à sa petite courbure une adhérence très forte avec la face concave du lobe gauche du foie.

Après avoir séparé cette adhérence avec précaution nous avons trouvé derrière elle une ouverture d'environ un demi-pouce de long sur quatre lignes de large dans l'estomac.

Après avoir extrait cet organe et ouvert dans le sens de sa grande courbure, nous avons trouvé ce qui suit :

1<sup>o</sup> L'ouverture décrite plus haut de la petite courbure avec un rebord assez épais, rouge, enflammé, ulcéré ;

2<sup>o</sup> A quelque distance de cette ouverture, une cicatrice bien distincte d'un ulcère existant antérieurement ;

3<sup>o</sup> La membrane muqueuse de l'estomac détruite dans sa plus grande partie ;

4<sup>o</sup> La membrane musculaire détruite en majeure partie, tellement qu'en tenant l'estomac vers le jour, il était en plusieurs endroits presque transparent, et il n'existait plus là que la membrane péritonéale.



OBS. 5. — *Santé parfaite. — Symptômes de péritonite. — Perforation de l'estomac.* — LEFÈVRE, *Archives gén. de médecine*, 1842, t. XIV, p. 415.

Mme X..., âgée de 44 ans, fort bien constituée, a été mère quatre fois sans que sa constitution en ait souffert. Elle n'éprouvait d'autre incommodité que parfois quelques douleurs dans l'hypochondre gauche, qu'elle qualifiait de crampes d'estomac et auxquelles elle n'attachait aucune importance, car elles ne se manifestaient qu'à des époques éloignées. Du reste l'appétit était bon et les fonctions digestives se faisaient avec régularité.

Le 6 juin 1836, après avoir diné sobrement, elle fut prise vers dix heures du soir alors qu'elle était au lit d'une douleur assez vive dans la région de l'estomac, elle eut quelques vomissements de matières spumeuses. Les douleurs s'amendèrent, puis reparurent et la nuit se passa dans ces alternatives. Je la vis le 7 juin à 6 heures du matin, les douleurs avaient presque cessé et la malade se trouvait mieux. J'attribuai les accidents à un trouble dans l'innervation des voies digestives.

A huit heures, on vint me chercher disant que Mme... souffrait plus que jamais, elle avait vomi plusieurs fois. Je la trouvai en proie à des spasmes violents, elle jetait des cris perçants, se plaignait d'un accroissement excessif de la douleur à l'épigastre, se tordait sur son lit sans pouvoir garder aucune position. Tous les liquides qu'on voulait lui faire prendre étaient rendus mais plutôt par un mouvement de régurgitation que par un véritable acte de vomissements. Le pouls était petit, serré, lent; la face pâle, la peau froide et décolorée. Le ventre était dur et très développé dans la région splénique. Pas de hernie.

A onze heures, la dureté et le développement du centre s'étaient accrus, la douleur de l'estomac avait cessé pour faire place à une douleur plus vive dans le flanc gauche. Le pouls toujours très faible était plus fréquent, la peau des mains et des pieds était froide, la face pâle, décomposée; à chaque instant la malade changeait de position et voulait se lever. Tous ces symptômes annon-

gaient le développement d'une péritonite grave.

A deux heures et demie les symptômes étaient encore aggravés, le ventre augmentait à vue d'œil, en percutant l'abdomen, on produisait une résonnance marquée, surtout à la partie la plus élevée; les mains étaient couvertes d'une sueur froide et visqueuse, la face fortement grippée. Mes confrères et moi pensons à la rupture de quelque tumeur ou organe de l'abdomen.

A quatre heures, la douleur était devenue très vive dans l'hypogastre. La malade se plaignait de ne pouvoir satisfaire un vif besoin d'uriner. A sept heures, état tout à fait désespéré, le ventre était énormément distendu, la malade se plaignait d'un sentiment d'étouffement, le pouls était à peine sensible, les extrémités froides, couvertes de sueurs, la langue toujours pâle et humide. La malade s'agita beaucoup voulant sortir de son lit. A huit heures elle se tourne sur le côté droit et meurt.

AUTOPSIE. — Vingt-cinq heures après la mort. L'ouverture de l'abdomen donne issue à une grande quantité de gaz. Un liquide brunâtre était épanché dans la cavité du péritoine et se répandait jusque dans le petit bassin. Dans l'hypochondre gauche il y avait une tumeur arrondie de couleur brun foncé offrant à sa surface une perforation de la grandeur d'une pièce de trente sous et laissant échapper à travers ses bords une matière noire, épaisse, cette tumeur était formée par le grand cul-de-sac de l'estomac. Après avoir ouvert l'estomac on constate qu'au pourtour de la perforation les diverses tuniques des parois de l'estomac ne se correspondent pas également; la fibreuse ou celluleuse est restée seule, elle se trouve dénudée de la séreuse, en dehors, de la muqueuse en dedans.

Les autres organes de l'abdomen sont sains.

La quantité de liquide épanché pouvait s'élever à un litre; il s'y trouvait mêlé quelques matières alimentaires.

OBS. 6. — *Ulcère simple de l'orifice pylorique de l'estomac suivi de perforation.* — CRUVEILHIER, *Revue médicale*, 1838, t. I, p. 353.

Un charbonnier âgé de 23 ans, constitution athlétique, est apporté mourant à la Maison Royale de santé le 15 décembre 1829. Abdomen ballonné, extrêmement douloureux par la pression ; coliques atroces, face profondément altérée, pouls grêle, extrémités froides. Ce malheureux, qui a toute sa connaissance, demande à grands cris du soulagement. Interrogé sur la cause de cette péritonite suraiguë, il répond que depuis dix jours il éprouve un léger malaise qui ne l'a pas empêché de continuer ses travaux, ni même de commettre des excès de boissons. La veille du jour de son entrée, au matin, ayant un sac de charbon sur les épaules, il est pris de douleurs abdominales tellement vives, qu'il peut à peine gagner son logis. Un médecin appelé se contenta d'une application de quelques sangsues sur l'abdomen et le lendemain voyant le malade désespéré, il le fit transporter à la Maison Royale de santé où il mourut trois heures après son entrée.

Avant l'ouverture j'annonçai que nous allions trouver une perforation spontanée de l'estomac ou des intestins, si toutefois la perforation n'était pas la suite de l'empoisonnement. L'abdomen ouvert avec précaution, nous avons trouvé dans la cavité du péritoine une grande quantité de gaz, de fausses membranes et un liquide boueux. Pour mieux reconnaître le lieu de la perforation, j'ai fait insuffler de l'air par l'œsophage ; aussitôt cet air s'est échappé avec bruit au niveau du pylore, et la perforation masquée par les fausses membranes a apparu. L'estomac ouvert du côté opposé à la perforation nous a présenté une ulcération en forme de zone qui occupait toute la circonférence de l'orifice pylorique. Le fond de cette ulcération était formé par les fibres musculaires et la perforation occupait l'un des points de cette zone.



OBS. 7. — *Perforation de l'estomac.* — MOORE, *Medical society of London*, 20 janvier 1834, in *London medical and Surgical journal*, 1834.

Une jeune fille de 15 ans, grande et délicate, mais d'une bonne santé, perdit soudain connaissance en poussant un grand cri. Elle était froide et pâle, les pupilles très dilatées, le pouls était presque imperceptible et elle vomit des matières glaireuses. Comme ces symptômes paraissaient liés à une obstruction intestinale et comme le pouls était petit et faible, on lui donna un lavement purgatif et stimulant. Ce traitement produisit une légère amélioration. Elle fut saignée, le sang était de couleur artérielle et ne se coagulait pas. La malade avait toujours les mains placées sur la région de l'estomac, comme cela semblait indiquer qu'elle ressentait des douleurs à ce niveau on lui appliqua un cataplasme de moutarde.

Le Dr Clutterbruck vit la malade dans la soirée et prescrivit une nouvelle saignée mais la malade expira le lendemain matin.

On fit l'autopsie environ 30 heures après la mort. On ne trouva, malgré un examen minutieux, aucune lésion du cerveau, si ce n'est un peu de liquide dans les ventricules. Dans l'estomac, à environ deux pouces de l'orifice cardiaque il y avait une ulcération ne présentant aucune élévation de surface, qui avait détruit toutes les membranes de l'organe et laissait échapper le liquide dans la cavité abdominale. La muqueuse était rouge et était érodée sur une plus grande étendue que la membrane musculaire sous-jacente. Le péritoine recouvert d'exsudat était dépoli. Le liquide contenu dans la cavité abdominale était un peu acide et après avoir été filtré sur du papier, laissait un dépôt de matière grasse.

On s'enquit de l'état de santé antérieur de la malade et on peut être certain qu'elle a toujours été gaie et d'un état de santé excellent, sauf cependant un peu de perte de l'appétit dans les derniers temps. Six mois auparavant étaient apparues les règles qui ne s'étaient pas reproduites depuis.

Obs. 8. — *Apparence de santé parfaite, péritonite, perforation de l'estomac.* — PROSPER REJON, rapportée par LEFÈVRE, *loc. cit.*, t. XV, p. 55.

Marie Angélique Pelée, âgée de 32 ans, fille de peine habituellement peu réglée, d'une pauvre santé, travaillant beaucoup, se nourrissant mal, restant souvent à jeun jusqu'à trois heures de l'après-midi, et mangeant alors avec gloutonnerie, par suite sujette aux indigestions et se plaignant parfois de l'estomac, se trouvait très bien portante dans la journée du 16 avril 1842 qu'elle passa à travailler chez un habitant de la ville. On lui donna à son diner des haricots et du raisiné qu'elle mangea avec répugnance. Dans la soirée elle fut prise tout à coup de violentes douleurs d'estomac avec sentiment de plénitude de cet organe, gêne extrême de la respiration et violents efforts pour vomir sans pouvoir rien rendre. Toute la nuit se passa dans cet état. On lui fit prendre des infusions de tilleul et de thé, mais ces boissons, sitôt qu'elles étaient prises, étaient immédiatement rejetées telles quelles, et au dire de la malade elles ne pénétraient pas dans l'estomac.

Le dimanche cette fille souffrait davantage et se croyant empoisonnée m'envoya chercher vers 10 heures du matin. Je la trouvai dans une grande agitation, se plaignant d'une violente douleur à l'estomac, avec chaleur et tension de cet organe et disant qu'elle étouffait; les extrémités étaient froides, la face violacée, comme grippée, la langue à l'état normal, le pouls petit et concentré. Je pensai avoir à traiter une forte indigestion et prescrivis quinze centigrammes de tartre stibié, qui restèrent sans résultat.

Le soir, n'ayant pu provoquer de vomissements et comme les symptômes persistaient et augmentaient d'intensité, que l'anxiété était extrême et les douleurs atroces, je crus à une gastro-entéralgie.

Dans la nuit du dimanche au lundi, même agitation, mêmes souffrances. Impossibilité de rester couchée et de garder les boissons. Peau violacée et froide.

Le lundi 18 de bonne heure, même état de souffrance que la

veille ; le ventre était tendu, ballonné ; il n'y avait pas eu de selles depuis la veille ; la langue était pâle et froide, le pouls toujours petit ; il y avait par intervalle quelques éructations.

Vers les 11 heures, la malade ne pouvant supporter ses douleurs, sortit de son lit, voulant, disait-elle, s'ouvrir le ventre ; puis elle vint, comme une folle, réclamer chez moi des secours.

Puis plus tard la malade devint plus calme et son ventre augmenta de volume. L'idée me vint alors d'une perforation de l'estomac ; l'abdomen était très distendu et rempli de gaz. La malade avait plusieurs fois exprimé le besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire. Le ventre continua à se tuméfier, le pouls baissait, la peau se couvrit d'une sueur froide et glaciale ; à cinq heures du soir, la vie s'éteignait, quarante-huit heures après l'invasion des premiers symptômes.

AUTOPSIE. — Abdomen énormément distendu, en incisant le péritoine des gaz s'en échappèrent avec sifflement ; il y avait un épanchement assez considérable d'un liquide noirâtre contenant des pellicules de haricots et baignant les intestins grêles. L'estomac, quoique affaissé sur lui-même, était encore assez volumineux. En le soulevant avec précaution, on aperçut une ouverture arrondie ayant environ trois centimètres de diamètre, à la petite courbure non loin du cardia. L'organe fut détaché avec soin. A l'intérieur, il contenait une assez grande quantité de liquide noirâtre en tout semblable à celui de l'abdomen. La membrane muqueuse avait une teinte qui variait du rouge brun au brun noirâtre et qui était d'autant plus prononcée qu'on s'approchait davantage du lieu de la perforation. Celle-ci un peu en infundibulum du côté de la muqueuse était arrondie et n'intéressait pas également les diverses couches membraneuses de l'estomac. Ainsi la muqueuse, beaucoup plus largement et plus irrégulièrement ouverte, présentait sur plusieurs points des espèces de fissures et d'éraillures, s'étendant au delà de l'ouverture à peu près égale des autres tuniques.

Les autres organes n'offraient rien de particulier.



OBS. 9. — *Perforation de l'estomac.* — PESTE, *Bull. de la Société anatomique*, décembre 1844, p. 295.

Il y a cinq jours, un homme mange assez abondamment d'un mets qui avait été cuit, dit-il, dans un vase de cuivre. Dans la nuit il fut pris d'une douleur très vive dans l'estomac, de nausées et de vomissements. Transporté à l'hôpital le matin vers 7 heures, il était dans l'état suivant : face très altérée, grippée, traits contractés. Le ventre est extrêmement rétracté au niveau de l'épigastre et développé dans la région sous-ombilicale. Il est très tendu, très sensible à la pression et le siège de douleurs extrêmement vives ; vomissements d'environ deux cuvettes d'une matière liquide, d'une odeur aigre ressemblant à du vin altéré par la digestion, mais ne présentant pas de détritits d'aliments. Constipation. On diagnostique une péritonite : on fait appliquer des sangsues sur le ventre et administrer deux lavements purgatifs. Le second seulement fit effet. Le lendemain le malade est extrêmement affaîssé, le pouls est misérable, les vomissements continuent mais le ventre n'est pas ballonné. Mort à 7 heures du soir.

A l'autopsie, le ventre est très ballonné ; lorsqu'on l'ouvre il s'échappe une grande quantité de gaz d'odeur très fétide et stercorale. Dans le péritoine il y a un épanchement de liquide présentant la même odeur ; mais on n'y remarque pas de matières alimentaires.

Sur l'épiploon gastro-hépatique il y a des fausses membranes de formation récente. Au niveau du pylore on trouve une perforation arrondie ayant 1 centimètre environ de diamètre. La membrane muqueuse de l'estomac n'offre aucune altération, pas le moindre ramollissement autour de cette perforation ; mais, sur la petite courbure, vers la partie moyenne il existe trois ulcérations à forme circulaire, larges comme une pièce de 25 ou de 50 centimes : les bords sont taillés à pic et la muqueuse ainsi que les autres membranes de l'estomac ne présentent aucune altération dans le voisinage. Une de ces ulcérations n'intéresse que la tunique muqueuse, une autre intéresse la muqueuse et la fibreuse

et la troisième s'étend jusqu'à la séreuse qui est seule restée intacte.

Les autres organes sont à l'état normal.

OBS. 10. — *Rupture spontanée de l'estomac, mort subite.* — MINA MORICI, *Annali universali di medicina*, Milano, 1844, 3<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 231.

Un homme de 30 ans d'un tempérament bilioso-sanguin et qui avait été plusieurs fois guéri d'une fièvre intermittente miasmatique bénigne fut repris de cette maladie vers le 21 janvier. L'administration des bols résolutifs de Franck et du quinquina amenèrent la guérison au bout de dix jours. Cependant on continua l'usage d'une décoction amère. Depuis cinq jours il n'avait plus de fièvre, lorsque le 4 février il fut pris subitement d'une douleur excessivement vive dans la région lombaire sans fièvre et sans trouble des autres appareils. Il n'y avait ni gonflement ni rougeur ni chaleur anormale, ni dureté vers le point douloureux. La douleur s'exaspérait par la pression et le malade restait assis dans son lit parce qu'il lui était impossible de se coucher sur le dos ou sur le côté. Le lendemain la fièvre reparut et s'accompagna de rétraction du testicule et d'un sentiment de constriction du sphincter de l'anüs et d'un peu de difficulté pour uriner.

Le troisième jour fut très calme, le malade n'eut pas de fièvre et mangea même un peu de soupe: vers le soir il se leva pour aller à la garde-robe et au moment où il retournait à son lit il tomba mort.

Voici les résultats de la nécropsie.

L'aspect extérieur est sain, les organes thoraciques sont en bon état, de même que les organes abdominaux, à l'exception de l'estomac. Celui-ci était perforé dans sa partie antérieure, presque au milieu de sa longueur. L'ouverture avait trois travers de doigt et avait donné passage aux aliments qui s'étaient épanchés dans la cavité abdominale. Les bords de cette ouverture, bien qu'ayant conservé leur texture naturelle étaient cependant un peu hypertrophiés et offraient un piqueté rouge. Ce piqueté se retrouvait

sur la muqueuse à une certaine distance de l'orifice, mais la membrane avait conservé sa résistance naturelle et n'offrait pas d'autre altération pathologique.

Le péritoine était sain de même que les reins, la vessie et tous les autres organes abdominaux. La moelle n'offrait rien de particulier.

OBS. 11. — *Perforation spontanée de l'estomac.* — FORGET, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1854, p. 315.

Une fille de 25 ans de belle et forte constitution, servante, est apportée à ma clinique dans la matinée du 3 avril 1854. Les personnes qui l'accompagnent racontent que, six jours auparavant, alors qu'elle jouissait de la meilleure santé, elle avait fait un repas copieux après lequel elle se rendit au bal. C'est là qu'en dansant, elle tomba subitement atteinte d'une violente douleur dans l'abdomen. On la rapporta chez elle où elle reçut des soins insignifiants, sauf une saignée pratiquée la veille de son entrée à l'hôpital.

*Etat actuel.* — Face pâle, anxieuse, grippée, extrémités froides, pouls filiforme, respiration entrecoupée. On peut à peine en tirer quelques mots. Abdomen très ballonné, douloureux à une légère pression. Elle indique sans cesse cette région comme étant le siège de vives souffrances.

La malade s'affaisse rapidement, ses douleurs paraissent diminuer ; elle expire à trois heures du soir.

*Nécropsie.* — Quarante heures après la mort.

*Abdomen.* — A l'incision, des parois abdominales, il s'écoule une quantité considérable de liquide trouble et floconneux. Les circonvolutions intestinales sont réunies par une exsudation plastique légère. Le péritoine est généralement injecté. En découvrant l'estomac, on aperçoit sur la face antérieure à 7 centimètres du cardia une ouverture ronde d'un demi-centimètre sans altération notable au pourtour.

L'estomac étant ouvert, on y trouve un morceau de viande non digéré. La muqueuse ne paraît pas sensiblement altérée. A la perforation extérieure correspond une perte de substance d'un centi-



mètre, arrondie, faite comme par un emporte-pièce, au fond de laquelle se voit le feuillet péritonéal perforé dans une étendue moindre que celle de l'ouverture interne. Sur les bords de la perforation on distingue les couches muqueuse et musculaire des parois gastriques taillées à pic. Ces bords sont lisses et parfaitement cicatrisés ; mais ils sont épais, indurés, indiquant un travail morbide antérieur et ancien.

Voilà un exemple aussi net que possible de perforation dite spontanée. Rien dans les antécédents qui nous ait été signalé ; santé parfaite au moment de l'accident. Il est évident qu'il a existé là un travail morbide ancien, il s'agit probablement de l'affection décrite par M. Cruveilhier sous le nom d'ulcère simple.

OBS. 12. — TROUSSEAU, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*,  
t. III, p. 88.

Dans le courant de l'année 1858, je voyais en consultation avec mon ami M. le Dr Edward Beylard, un jeune homme américain, qui succombait en quelques heures à des accidents abdominaux formidables.

Il nous était difficile d'avoir des renseignements sur les antécédents immédiats du malade ; ce que nous savions seulement, c'est qu'il arrivait de Londres, où il s'était livré pendant environ une semaine à des excès de table journellement répétés.

Lorsque nous le vîmes, il nous présentait des symptômes cholériformes : cyanose, refroidissement, crampes, absence du pouls, suppression de l'urine ; toutefois, et ce fait nous avait singulièrement frappés, M. Beylard et moi, il n'y avait pas de déjections alvines et il n'y avait eu qu'un seul vomissement,

Ce jeune homme mort fut transporté en Amérique. Là sa famille désira que l'autopsie fût faite. Le médecin qui en fut chargé, eut l'obligeance d'en envoyer les détails à M. Beylard, et nous apprîmes qu'on avait trouvé les traces d'une péritonite suraiguë occasionnée par une perforation qui s'était faite au centre d'un ulcère simple de l'estomac.

Or nous connaissions parfaitement ce jeune homme, je le voyais

chaque jour chez sa mère, que je soignais pour une affection de l'utérus, et il jouissait de la plénitude de la santé, ses fonctions digestives étaient dans l'état le plus normal.

OBS. 13. — *Symptômes d'occlusion intestinale suivie de pneumonie double, perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac.*

— COCKLE, A mirror of the practice of medicine and surgery in the hospital of London, *the Lancet*, 25 avril 1863, p. 465.

Une bonne allemande âgée de 29 ans, célibataire, bien constituée, d'un tempérament délicat sans cependant présenter de signes d'anémie, fut amenée à l'hôpital dans l'après-midi du 16 mars. Elle n'était dans sa dernière place que depuis 15 jours, aussi ceux qui l'amenaient connaissaient-ils peu son état de santé, ils se souvinrent néanmoins qu'elle s'était quelquefois plainte de douleurs thoraciques. Le vendredi précédent elle avait pris une purgation, ce qui lui arrivait très rarement.

La même nuit, elle fut prise subitement de violentes douleurs dans l'estomac et de vomissements, l'abdomen augmenta bientôt de volume et devint très sensible au toucher. Le médecin qui la vit dans cet état ordonna du calomel, de l'opium et de l'huile de ricin. Néanmoins la constipation resta opiniâtre.

Au moment de son admission à l'hôpital, la figure était anxieuse, exprimant une grande prostration, l'abdomen était météorisé, sensible et douloureux, la douleur avait son maximum dans l'hypochondre gauche. La malade avait de fréquents vomissements et ceux-ci prirent bientôt un aspect fécaloïde. On ne trouve pas trace de sang dans les matières rejetées. La langue était sèche et la soif très vive. Il y avait du ténésme rectal, mais la constipation était absolue depuis 4 ou 5 jours. Le pouls était petit et fréquent, 130 par minute, la respiration était courte, fréquente, affectant le type thoracique supérieur, la peau chaude et sèche. Les fonctions cérébrales étaient un peu exaltées, probablement par l'action de l'opium, les pupilles un peu contractées mais répondant encore cependant à l'action de la lumière. On explora attentivement les sièges ordinaires des hernies ainsi que le vagin et le rectum, mais

on ne trouva rien qui puisse expliquer ces accidents. L'extrême sensibilité de l'abdomen empêche un examen minutieux de ce côté. On donna fréquemment à la malade de petits morceaux de glace, un demi-grain d'opium toutes les deux heures et l'abdomen fut recouvert d'un large cataplasme.

Le lendemain il n'y avait pas beaucoup de changement dans l'état général. Pour avoir une notion approximative du degré de l'obstruction intestinale, on donna un grand lavement d'un litre d'eau tiède, elle en rendit une partie mélangée de liquide très fétide, d'aspect grumeleux, bientôt après elle évacua des matières demi-solides, enfin des matières liquides absolument semblables à celles qu'elle avait vomies auparavant. Ces débâcles amenèrent un grand soulagement, les douleurs et le météorisme diminuèrent, mais l'hypochondre gauche resta toujours douloureux. L'examen minutieux de l'abdomen montra alors un empâtement bien marqué dans la région iléo-cœcale. On continua l'opium et les cataplasmes et on permit un peu de nourriture légère.

L'accalmie persista pendant trois jours, mais la figure conserva son expression anxieuse, le pouls resta faible et rapide; la langue et la face interne des joues se couvrirent d'une éruption aphteuse; en même temps survint une toux quinteuse, puis le jour suivant la respiration devint difficile avec une teinte cyanosée de la peau et des lèvres. A midi l'examen physique montra une induration de la base des deux poumons et la malade mourut à 7 heures du soir.

L'AUTOPSIE fut faite par M. Hill qui avait suivi la malade avec le plus grand soin.

*Poitrine.* — Petite quantité de liquide dans le sac péricardique. Cœur flasque. Le poumon gauche adhérait par sa base au diaphragme; les deux tiers du lobe inférieur de ce poumon étaient hépatisés et plongeaient dans l'eau. La base du poumon droit était congestionnée. Pas de liquide dans les plèvres, pas de tubercules.

*Abdomen.* — Foie congestionné; lobe gauche allant jusqu'à la rate, l'organe adhérait au diaphragme par des fausses membranes récentes. Entre le lobe gauche du foie et le diaphragme se trouvait une cavité formée par des fausses membranes et qui contenait du



pus et du liquide stomacal. Cette cavité poussait une fusée en haut entre les deux médiastins; une partie de cette cavité était formée par la face supérieure du lobe gauche qui était déprimée à ce niveau, et elle communiquait avec une perforation de l'estomac résultant d'un ulcère. Cette perforation siégeait sur la face antérieure de l'estomac dans la région pylorique juste au-dessous de la petite courbure; elle était ronde et avait la dimension d'une pièce de six pences. Le contour extérieur en était nettement coupé. Vers la face interne de l'estomac l'ulcère était moins bien délimité et offrait trois couches, en dehors la muqueuse, en dedans la musculaire et tout à fait au centre le péritoine. Au pourtour de l'ulcère ou trouvait la muqueuse un peu épaissie par places et quelques taches d'hémorrhagie capillaire. Aucune autre cicatrice ni ulcère n'existait ni dans l'estomac ni dans le duodénum. La rate saine se trouvait entourée de fausses membranes. Les intestins adhéraient au mésentère et au grand épiploon par des fausses membranes récentes, l'appendice adhérait au cœcum. On trouvait deux autres cavités également remplies de pus et de liquide stomacal et limitées par des fausses membranes, l'une entre le rectum et le vagin, l'autre dans la fosse iliaque droite. Reins, utérus, ovaires sains.

L'absence d'antécédents morbides et les symptômes qui viennent d'être décrits (l'interruption du cours des matières, la douleur violente et subite dans l'abdomen, le météorisme, la soif ardente, les vomissements fécaloïdes) faisaient croire à une obstruction intestinale. Cette opinion se trouvait encore confirmée par la localisation de la tuméfaction et de l'empâtement dans la fosse iliaque droite et il était difficile de ne pas arriver à cette conclusion que l'ensemble de ces accidents était sous la dépendance soit d'une typhlite sterchorale, soit d'une affection de l'appendice vermiciforme. Il était difficile d'expliquer les vomissements fécaloïdes, phénomène se rencontrant rarement dans la péritonite par perforation. Il est certain qu'au moment de la perforation le contenu de l'estomac fut déversé dans la cavité péritonéale et y provoqua une péritonite enkystée par les fausses membranes.

OBS. 14. — *Ulcération de l'estomac suivie de perforation et de péritonite générale.* — M. BERNIER, *Bull. de la Société anatomique*, 1866, p. 97.

Le nommé Troispont Jean, garçon de magasin, âgé de 53 ans, arrive à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Dolbeau, le 5 mars 1866 se plaignant de douleurs dans le ventre et de vomissements. Il raconte qu'il y a deux jours après avoir vaqué à ses occupations ordinaires sans éprouver le moindre malaise, il a été pris brusquement dans la nuit de douleurs dans le ventre. Le lendemain à cette douleur se joignent des vomissements abondants et une tuméfaction considérable de l'abdomen. Ces accidents ne faisant qu'augmenter, il s'est fait transporter le troisième jour à l'hôpital, où il arrive dans l'état le plus grave. On apprend d'autre part que ce malade a des habitudes d'alcoolisme très prononcées et que trois mois auparavant il a été soigné dans un service de médecine pour une attaque de *delirium tremens*.

A son arrivée il est dans l'état suivant : le pouls est petit, filiforme ; la chaleur à la peau est faible, le facies est légèrement cyanosé ; l'intelligence est intacte, la respiration est précipitée, irrégulière.

Le ventre est énormément distendu, d'une manière uniforme et régulière, sans bosselures en aucun point. A la percussion il est sonore dans toute son étendue ; à la palpation, il semble actuellement peu douloureux, et on ne trouve aucune tumeur résistante. Les vomissements ont continué dans la nuit et se sont reproduits le matin à son entrée à l'hôpital ; le malade n'a pas eu de selles depuis le début des accidents. Le cathétérisme retire de la vessie une petite quantité d'urines normales ; aucun accident ne s'est jamais produit de ce côté.

La prostration des forces est considérable et la terminaison fatale ne semble pas éloignée.

En présence de ces accidents, deux affections surtout se présentaient à l'esprit au point de vue du diagnostic : était-ce une péritonite ou un étranglement interne ? Les renseignements in-

complets fournis par le malade et l'état grave dans lequel il se trouvait ne permettaient pas de trancher cette question d'une manière certaine. Du reste il succombait quelques instants après son arrivée avant qu'on pût rien tenter pour le sauver.

L'AUTOPSIE fut pratiquée le 26 mars, 24 heures après la mort.

Le ballonnement du ventre est très prononcé quoique un peu moindre de ce qu'il était la veille. Mais ce qui dans l'habitude extérieure frappait le plus c'était une infiltration gazeuse assez considérable du tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses.

A l'ouverture de l'abdomen on trouva non pas les anses intestinales, mais l'estomac énormément distendu et descendant jusque dans la fosse iliaque droite par l'extrémité correspondante de sa grande courbure. Au-dessous de l'estomac et profondément refoulée contre la paroi profonde de l'abdomen et dans le petit bassin se trouvaient les anses intestinales qui présentaient, de même que l'estomac, une rougeur diffuse très marquée, qui dénotait l'existence d'une péritonite généralisée.

Il restait à savoir la cause de cette péritonite. En dégageant l'orifice pylorique de l'estomac on ne trouve aucune tumeur, ni du côté des parois stomacales, ni du côté des parties voisines du duodénum, ni du pancréas, ni même des parties profondes. Mais en soulevant la grande courbure de l'estomac encore dilaté, on ne tarda pas à tomber dans une poche accidentelle formée par des lames fibreuses peu résistantes et dont la déchirure donna lieu à un écoulement peu abondant d'un liquide verdâtre et de gaz provenant évidemment de l'estomac qui ne tarda pas à s'affaisser progressivement. L'organe enlevé alors complètement on trouva du côté de sa face profonde un peu au-dessous de sa petite courbure, un orifice elliptique assez étroit, dans lequel se trouvait encore engagée quelque matière alimentaire. A l'intérieur, après avoir ouvert l'organe le long de sa grande courbure, on trouva une large ulcération au milieu de laquelle se voyait l'ouverture accidentelle. Cette ulcération présentait près de 2 cm. 1/2 de largeur dans ses plus grandes dimensions; ses bords étaient affaissés



sans trace d'infiltration plastique. En dehors à 2 centimètres s'observait une autre ulcération analogue, plus petite mais au fond de laquelle les couches profondes de l'organe persistaient encore.

Du côté des autres organes nous avons trouvé les lésions suivantes. Dans la cavité abdominale l'intestin offrait, à partir de la dernière portion du duodénum, une rougeur uniforme de la muqueuse dans toute son étendue et sur laquelle l'examen le plus attentif n'a pu trouver aucune ulcération. Le gros intestin était à l'état normal. La rate assez volumineuse offrait sa consistance ordinaire ; le foie était petit et le siège d'un commencement de dégénérescence cirrhotique, les reins offraient un volume exagéré ; les deux poumons étaient infiltrés de tubercules.

D'après ce qui précède, il y avait eu ulcération et perforation de l'estomac avec une péritonite momentanément circonscrite derrière cet organe, puis généralisée. La dilatation énorme de l'estomac était due vraisemblablement à la paralysie de cet organe sous l'influence de l'inflammation.

OBS. 15, 16 et 17. — *Trois cas de perforation de l'estomac.* —  
VON FRANKE, *Wiener Medicinische Presse*, 1867, p. 289.

Les cas suivants que je trouve dans les notes de mon père sont particulièrement remarquables par l'apparition subite des accidents chez des personnes bien portantes, de bonne santé et par la mort presque subite qui s'ensuivit. Tous les symptômes qui annoncent en général l'ulcère d'estomac firent défaut et la maladie se révéla par des vomissements violents, du hoquet continu, une constipation opiniâtre accompagnée de ténésme.

OBS. 15. — Le 15 août, j'ai été appelé auprès de J. K..., âgée de 34 ans et j'ai trouvé cette dernière assise sur son lit, les cuisses fléchies sur le ventre. Elle se plaignait de douleurs très vives dans le côté droit et de nausées ; parfois après de grands efforts elle vomissait et rendait alors des glaires jaunâtres. La langue est sèche, le pouls petit et faible, mais il n'était pas accéléré, le visage

pâle. Comme elle n'était pas allée à la selle depuis plusieurs jours et que pendant la nuit elle avait eu du ténesme rectal, la malade avait pris un lavement, sans résultat. Elle prétendait que ce qu'elle ressentait était la suite d'un refroidissement et refusait tout examen de l'abdomen, elle affirmait qu'elle n'était pas atteinte de hernie. Je lui ordonnai de la poudre de Dower et un lavement d'huile et de sel.

Lorsque je revins le soir, les douleurs abdominales étaient plus violentes, le pouls était rapide et févreux, le visage était rouge, il n'y avait pas eu de garde-robe ; la respiration était difficile et s'accomplissait avec des efforts visibles, la malade était agitée. Comme j'insistais pour examiner l'abdomen, elle plaça ma main du côté droit de celui-ci au-dessous de l'ombilic, et je trouvai cette région très douloureuse. Un examen plus approfondi ne me fut pas permis. J'ai donc prescrit de l'huile de ricin, dix-huit sangsues à l'endroit douloureux, des cataplasmes sur le ventre et des lavements répétés. La nuit fut très pénible, les douleurs étaient très vives, la malade se plaignait sans cesse et son agitation était grande. Les envies de vomir avaient diminué, mais la soif avait augmenté. La peau était couverte de sueur, les extrémités étaient froides, le météorisme abdominal était très marqué. Toujours pas de garde-robe.

Dans la matinée, la malade demanda à aller à la selle ; à peine l'avait-on assise qu'elle tombait morte.

AUTOPSIE. — Le corps est bien constitué, d'un embonpoint marqué, la colonne dorsale est un peu incurvée vers la droite, le ventre est ballonné.

En ouvrant le ventre, il en sort un gaz fétide avec un bruit assez considérable. L'abdomen contient une assez grande quantité de liquide trouble et floconneux. L'épiploon relevé laisse voir des traces d'inflammation. Les intestins, surtout le côlon transverse, sont distendus par des gaz. Le côlon descendant et une partie du côlon transverse contiennent des amas de matières fécales durcies. La partie de l'iléon attenante au cœcum est fortement enflammée sur une assez longue distance.

L'estomac est rétracté, vide et pâle, adhérent avec les parties voisines, surtout avec le foie. Sur la petite courbure se trouve une ouverture arrondie ayant plus d'un demi-pouce de circonférence ; les bords en sont nets, comme taillés à l'emporte-pièce.

Le foie est de consistance molle, de volume assez grand, son tissu est jaune pâle.

L'ulcère de l'estomac siégeait à l'endroit où on le trouve le plus souvent, c'est-à-dire à la petite courbure.

OBS. 16. — M. Sch..., âgée de 23 ans, était une jeune fille de grande taille et de mine florissante. Elle était réglée régulièrement et de santé parfaite jusqu'il y a un an. A cette époque elle eut l'influenza et pendant la convalescence elle ressentit plusieurs fois quelques douleurs dans le creux de l'estomac, mais ces douleurs disparurent rapidement et ne la gênèrent plus dans la suite ; elle continua son travail sans interruption.

La veille de sa mort elle était encore bien portante et était sortie. La nuit se passa tranquillement, elle dormit bien, sans interruption. Le matin en se levant, pendant qu'elle mettait sa robe, elle tomba tout à coup prise d'une violente douleur dans la région de l'estomac. Comme cette douleur devint plus vive à la suite de l'absorption d'eau-de-vie, on envoya chercher un médecin mais celui-ci arriva trop tard, la malade étant morte rapidement en proie à des douleurs atroces et à un hoquet continu.

AUTOPSIE. — Les parois sont grasses. L'abdomen contient une assez grande quantité de liquide blanchâtre. Sur la petite courbure de l'estomac il y a une ouverture arrondie ayant un demi-pouce de diamètre. Les bords de cette ouverture sont indurés et recourbés en dehors, leur couleur est brun foncé. Les parties voisines de la paroi abdominale interne sont rouges et enflammées. Le côlon transverse et quelques circonvolutions du petit intestin sont recouvertes d'un léger exsudat.

Le foie est gros et gras.

OBS. 17. — Le 27 novembre au soir, le domestique d'un meunier voisin est venu chez moi et m'a raconté que la bonne, âgée de

26 ans, souffrait depuis 11 heures du matin de douleurs d'estomac. Les douleurs avaient débuté brusquement, la malade avait des nausées fréquentes mais ne vomissait pas ; elle n'était pas allée à la selle et n'avait pas uriné. Dans la soirée, les douleurs étaient devenues tellement vives que la malade ne pouvait trouver de repos dans aucune position ; tout en se lamentant elle s'était couchée, puis s'était relevée ; elle avait une soif ardente.

Jusqu'à cette époque elle a toujours été bien portante, sauf il y a huit jours, époque à laquelle elle eut quelques maux d'estomac avec manque d'appétit. Mais cela ne dura pas, l'appétit revint et elle a bien mangé dans ces derniers jours, le matin même elle avait pris en assez grande quantité du café et des tartines beurrées.

On lui ordonna une émulsion d'huile de ricin, de l'extrait d'hyosciamine et un lavement.

Bientôt après le domestique revint ; la malade était morte après de violentes douleurs, le ventre s'était ballonné.

Des renseignements pris sur ses antécédents il résulte que la malade avait toujours eu l'air chétif mais que cependant elle avait toujours eu très bon appétit. Plusieurs fois elle a eu quelques douleurs au niveau de l'estomac. Presque chaque jour elle prenait du thé.

AUTOPSIE. — 1° La cavité abdominale contient environ quatre chopes de liquide trouble de couleur brun jaunâtre, d'odeur fétide, contenant des flocons purulents et de la nourriture à demi digérée. 2° Le péritoine pariétal et viscéral est enflammé et congestionné, un exsudat plastique blanchâtre recouvre les circonvolutions intestinales et remplit l'espace compris entre l'estomac et la face concave du foie. 3° Deux ulcères ronds de l'estomac, perforés, avec leur forme caractéristique l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure ; tous deux sont situés dans la moitié cardiaque de l'estomac et plus près de la petite courbure que de la grande. Autour des ulcères, la muqueuse était un peu rougeâtre sur un diamètre d'une ligne environ, le tissu cellulaire était épaissi et induré sur un diamètre d'un pouce. Le reste de la muqueuse était sain, ainsi que les intestins.



Le corps était bien constitué et on trouvait une assez grande quantité de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Au sujet de la symptomatologie de ce cas il est à remarquer que l'affection resta latente comme cela s'observe quelquefois ; les ulcères devaient exister depuis plusieurs années, mais les symptômes, auxquels ils ont donné naissance ont été de bien peu d'importance puisque la malade ne s'en est jamais plaint.

OBS. 18. — *Ulcère de l'estomac terminé par perforation.* — JOSEPH BELL, *Medico-chirurgical Society of Edinburgh*, 20 janvier 1860, in *Edinburgh Medical Journal*, 1869, p. 775.

Je fus appelé en hâte, le mercredi 30 décembre à 11 heures du soir, dans le West-End pour voir une domestique J. H... que j'avais soignée cinq ans auparavant pour une arthrite du poignet.

Je trouvai une jeune fille de 21 ans, pâle mais ayant toutes les apparences de la santé ; elle se plaignait de douleurs dans le ventre. Cette douleur était continue, mais offrait des paroxysmes, elle n'était pas augmentée par la pression. La malade ne pouvait rester tranquille, le ventre était plat, presque rétracté. Il n'y avait pas de hernie, et après un examen minutieux il me fut impossible de trouver la cause de cette douleur et je ne pus reconnaître la présence d'aucune tumeur. Les règles étaient régulières et la veille la malade avait été à la selle.

*Antécédents.* — Exception faite d'une arthrite du poignet complètement guérie depuis cinq ans, la malade avait toujours été très bien portante. Elle n'avait jamais eu de douleurs dans l'estomac, ni présenté aucun symptôme gastrique.

Le matin, vers huit heures, elle ressentit une légère douleur dans la région de l'estomac, elle vomit une ou deux fois dans la journée et on ne peut mettre ces symptômes sous la dépendance d'un écart de régime. Depuis le matin, les douleurs avaient été en augmentant, elles furent encore accrues par l'absorption d'un mélange d'eau et de whisky que son maître lui fit prendre avant mon arri-

vée. Etant donné cette histoire et un pouls de 92 plein et régulier, sans aucun signe de péritonite, je crus avoir à faire à un simple cas de coliques; mais je conservais cependant des doutes. Je lui donnai un mélange de chlorodyne et d'eau de menthe à prendre par cuillerées à dessert toutes les deux heures jusqu'à ce qu'elle s'endorme; diète absolue.

Le 31 à 10 heures du matin. — La malade a passé une assez bonne nuit. Bien que la douleur fût moins vive, elle n'avait pas entièrement disparu. Je remarquai un peu de sensibilité au niveau de l'hypochondre gauche. Pouls 100 toujours plein et régulier. Le ventre n'est pas ballonné, mais il n'y a pas eu de selles. La malade se plaint d'avoir la sensation de gaz qui ne peuvent sortir, symptôme que je n'aimai pas; cependant elle restait gaie.

Comme son maître désirait qu'elle quittât sa maison, on discuta pour savoir si on la transporterait chez elle ou à l'infirmierie, ce que je recommandai vivement. Après l'arrivée de sa mère, il fut décidé qu'elle resterait là jusqu'à ce qu'elle se sentît mieux, puis on la transporterait chez elle.

Elle n'était pas allée à la selle, aussi lui fis-je prendre une petite dose d'huile de ricin avec dix gouttes de laudanum.

Le soir à 7 h. 15, on m'envoya chercher en toute hâte et je la trouvai à la dernière extrémité; elle mourut dix minutes après mon arrivée. Sa mère qui l'avait gardée me raconta ce qui s'était passé. L'huile de ricin n'avait produit aucun effet et il n'y avait pas eu de vomissements. On lui avait donné un peu de nourriture qu'elle avait gardée. Dans l'après-midi, elle se plaignit de sentir le goût de l'huile de ricin et elle en régurgita quelques gouttes. Elle était gaie, parlant librement, mais était tourmentée par le désir que l'huile de ricin produisit son effet. A 6 h. 30, on lui donna un lavement chaud qu'elle rejeta immédiatement. A 6 h. 45, elle ressentit une douleur violente dans l'estomac et perdit aussitôt connaissance; elle ne revint pas à elle jusqu'à 7 h. 30, heure à laquelle la mort arriva par shok.

AUTOPSIE faite avec l'aide du Dr James Russel en présence du

père et du frère de la malade. Je trouvais un ulcère de l'estomac perforé que je vous présente.

Les organes thoraciques étaient sains à l'exception de quelques adhérences pleurales. Dans la cavité péritonéale se trouvait environ une pinte et demie de liquide ressemblant à du thé de bœuf. Sur le côlon transverse et sur les circonvolutions de l'intestin grêle avoisinant la perforation il y avait des traces d'exsudat récent, mais aucune trace de péritonite généralisée. L'estomac était vide et ne contenait que deux petits morceaux d'orange.

Je crois que cette observation mérite d'être rapportée pour deux raisons.

1° Absence extraordinaire de symptômes pendant la vie ; la jeune fille m'assura et sa mère aussi que sa santé avait toujours été très bonne et que ses digestions avaient toujours été parfaites. Après un examen minutieux tout ce que je pus trouver fut qu'elle était un peu pâle depuis trois semaines, mais c'est tout.

2° La rapidité de l'issue fatale ; elle mourut 21 heures après ma première visite, 23 heures après s'être alitée et seulement 31 heures après le premier et unique symptôme gastrique qu'elle ressentit.

OBS. 19. — Ulcère simple de l'estomac, perforation, péritonite suraiguë. — M. LANDOUZY, *Bulletin de la Société anatomique*, 3 octobre 1873, p. 651.

M. Landouzy fait voir un estomac de volume normal, présentant sur sa face antérieure, à un centimètre en avant du pylore, un orifice elliptique à bords nets et réguliers de cinq millimètres dans son grand diamètre.

Examinée par la face muqueuse, l'ulcération apparaît parfaitement circulaire, elle occupe le fond d'une petite cavité quadrangulaire à bords saillants taillés à pic.

L'orifice pylorique de même que les autres parties de l'estomac est parfaitement sain. Il n'y a pas trace d'ulcérations récentes ou anciennes.

Cette perforation a été trouvée à l'autopsie d'un jeune homme (Krebs Pierre, 19 ans, garçon marchand de vins) qui entra à Beaujon le 6 août à dix heures du matin, se plaignant de douleurs abdominales très vives.

K... se présente avec la face anxieuse, grippée et couverte de sueurs froides ; les yeux sont creux, le nez froid, la langue à peine chaude.

Le poulx petit est à 110° ; la température rectale à 40°4. Le ventre est très tendu, ballonné, douloureux à la moindre pression, surtout dans la région sus-ombilicale.

K... se plaint de douleurs continues dans tout l'abdomen, de soif vive et d'envies de vomir, trois fois il vomit, sans efforts, des matières glaireuses, jaunâtres, sans odeur.

K... raconte qu'il souffre seulement depuis la veille au soir, il n'avait eu dans la journée, aucun malaise, quand, après avoir bu un verre de vin, il fut pris, en faisant un effort, d'une douleur très vive qui traversa la partie supérieure de l'abdomen et qui semblait partir du côté gauche. K... s'imagina avoir avalé un éclat de verre, il se coucha immédiatement, voulut prendre un peu d'eau mais n'en avala qu'une gorgée parce que la douleur abdominale devint atroce.

Toute la nuit K..., ressentit de violentes douleurs dans le ventre, eut plusieurs vomissements jaunâtres et ne put aller à la selle malgré un lavement.

K..., de constitution vigoureuse, fortement musclé dit n'avoir jamais été malade ni même souffrant ; jamais ses digestions n'ont été difficiles, jamais il n'a eu de vomissements d'aucune sorte. L'examen de tous les anneaux est fait avec soin sans résultat, jamais K... n'a eu de hernie.

Quelques heures après l'entrée à l'hôpital, les douleurs se calmèrent, le poulx devient plus petit et plus fréquent, puis la prostration survient et le malade meurt à six heures du soir.

AUTOPSIE. — Outre la perforation de l'estomac on trouve les anses intestinales fortement distendues par des gaz et refoulant le



diaphragme. Le péritoine viscéral est poisseux et rosé. En aucun point il n'y a trace d'adhérences anciennes ou récentes.

Dans les parties déclives de l'abdomen il y a quelques cuillerées de liquide séro-purulent, louche, un peu jaunâtre.

L'intestin examiné dans toute son étendue ne présente aucune trace de perforation.

Tous les viscères abdominaux sont sains.

Obs. 20. — *Ulcère latent de l'estomac, perforation.* — GRASSET, *Annales d'hygiène*, 1877, p. 85.

R. F..., cultivateur, était récemment venu à Montpellier, pour tirer au sort. Robuste, dit son oncle, d'une forte santé, il n'avait jamais été malade au dire de tous ceux qui l'entourent.

Le jeudi 1<sup>er</sup> février, il partit à pied pour Palavas, il se portait très bien et avait déjeuné avant de partir avec du café au lait. Arrivé à Palavas, il achète du pain, un peu de chocolat et un demi-litre de vin, il déjeune avec cela sur la plage.

Très peu de temps après l'ingestion du vin (un quart d'heure tout au plus), il est pris d'atroces coliques et de vomissements. Un individu le voit se tordant sur le sable, le fait mettre dans un wagon et le ramène en ville. De la gare il est transporté chez lui.

R. F... continue à souffrir horriblement du ventre et à vomir toute la soirée du 1<sup>er</sup> février et toute la nuit du 1<sup>er</sup> au 2. Il ne reçoit aucun secours médical.

C'est le 2 au matin que l'on me fait appeler.

Je trouve ce jeune homme se tordant dans son lit, surtout à certains moments où les crises deviennent plus fortes. Le ventre est excessivement ballonné et douloureux au toucher sur toute son étendue. Les vomissements continuent. Pas de selles, pas de chaleur à la peau ; le pouls est petit, concentré, les extrémités un peu froides.

J'institue un traitement dont la base était une potion anti-émétique, un lavement purgatif, du laid froid comme alimentation et des cataplasmes sur le ventre.

L'état se maintient le même ou à peu près dans le reste de l'a-

près-midi. Vers quatre heures et demie, on vient me chercher disant qu'il est plus malade. J'y vais immédiatement : il venait de succomber, sans nouvel incident.

La famille et moi-même furent très émus de cette terminaison si rapide. Il m'était impossible de me prononcer sur la cause exacte de la mort. J'avais prononcé le mot d'empoisonnement accidentel possible ; j'avais parlé d'étranglement interne, d'iléus, de perforation intestinale dans un typhus ambulatorius etc. Une série d'hypothèses se présentaient à l'esprit et il me sembla impossible de poser un diagnostic certain.

L'idée d'empoisonnement se répandit dans le public ; l'oncle de la victime terminait par ces mots sa déposition au juge d'instruction : « Je n'ai pu m'expliquer sa maladie si subite, ces maux d'entrailles et ces vomissements continuels, je ne puis m'expliquer encore sa mort aussi prompte, aussi rapide, et je suis à me demander si le vin qu'il a acheté et bu à Palavas n'a pas causé le mal dont il est mort ».

Dans la même déposition il répétait expressément le renseignement indiqué plus haut sur les antécédents du mort : « Mon neveu avait une santé parfaite, jamais il n'avait été malade, il était très robuste et je ne me suis jamais aperçu qu'il se livrât à la boisson ».

La justice s'émut naturellement de ce fait et M. le professeur Jaumes et moi fûmes chargés de faire l'autopsie, qui fut pratiquée à la Faculté de médecine le 4 février, quarante heures environ après la mort.

L'abdomen est volumineux, fortement tendu ; dès le premier coup de bistouri il se fait un énorme dégagement de gaz et le ventre s'affaisse, c'était de la tympanite péritonéale et non intestinale. Le péritoine est tapissé d'un exsudat blanchâtre granuleux, surtout abondant à la partie supérieure du ventre. Dans le fond de la cavité abdominale est un liquide puriforme, rougeâtre, en quantité modérée. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et rougeâtres, le foie est gras. Il n'y a rien à noter dans les autres organes sauf dans l'estomac dont nous allons décrire la lésion.

A la face antérieure de cet organe, à peu près sur l'axe prolongé du cardia, se trouve une ouverture arrondie, à bords très nets, à l'emporte-pièce, ayant 4 millimètres de diamètre. Cette ouverture est béante et est facilement aperçue sans pratiquer d'insufflation. Vu par la face intérieure, l'ulcère est situé à 5 centimètres environ au-dessous du cardia et est taillé en bec de flûte. Une partie, la partie droite, correspondant à la moitié de la circonférence est taillée à pic et répond exactement au bord de l'ouverture extérieure. L'autre moitié, au contraire, la partie gauche, est taillée en biseau très incliné et aboutit par une pente au bord de l'ouverture extérieure. Dans cette partie la muqueuse est détruite sur une plus grande étendue que la musculieuse. De là une forme elliptique à l'ouverture intérieure qui mesure 4 millimètres sur son petit diamètre et 7 millimètres sur le grand.

OBS. 21. — *Ulcère perforant de l'estomac à forme foudroyante, péritonite suraiguë.* — M. TALAMON, *Société anatomique*, 1879, *Progress medical*, 1879, p. 1023.

R. . . Mary, âgée de 25 ans, institutrice, est apportée le 21 avril 1879, à la Maison de Santé dans le service de M. Lécorché. Cette jeune fille présente tous les traits du collapsus abdominal le plus complet : facies grippé, tiré, yeux excavés, teinte jaunâtre, nez froid, pupilles légèrement dilatées. Pouls fréquent, petit, à peine perceptible, extrémités glacées. Température axillaire 38°5. L'intelligence est nette. Couchée sur le dos elle ne se plaint que d'une faiblesse extrême. La voix est basse et cassée. Le ventre est tendu comme la peau d'un tambour, sans ballonnement, plutôt excavé ; il est littéralement dur comme une planche, sonore à la pression. La pression est partout excessivement douloureuse.

Les renseignements donnés par la famille où la malade était placée comme institutrice sont les suivants : la jeune fille était bien portante d'habitude, elle avait seulement, surtout depuis six ou sept mois, quelques troubles menstruels, et se plaignait de douleurs dans le ventre à l'époque de ses règles. Jamais elle n'avait eu le moindre dérangement gastro-intestinal ; pas de vo-

missemments, pas de douleurs d'estomac ; elle avait un appétit régulier, sauf au moment des règles.

Le 19 avril, à onze heures du soir, ayant diné comme à l'ordinaire, elle fut prise brusquement de violentes douleurs abdominales, et vomit à deux reprises différentes des matières alimentaires et bilieuses ; les vomissements étaient peu abondants et ne persistèrent pas. Ils ne se sont pas reproduits depuis. Les douleurs restèrent atroces toute la nuit.

La jeune fille n'était pas à son époque menstruelle qui avait pris fin depuis 10 à 12 jours. Le médecin, qui vit la malade le lendemain, pensa à un étranglement interne et ordonna 50 grammes d'huile de ricin. Le purgatif n'amena pas de selles ; plusieurs lavements furent rendus tels quels.

Le ventre était devenu dur et tendu, c'est alors, au bout de 36 heures, que, l'état de la malade s'aggravant de plus en plus, on la transporta à la maison de santé. Pas un instant il n'y avait eu élévation de la température. Depuis le début des accidents, il n'y avait eu ni selles ni gaz rendus par l'anus, et la malade n'avait uriné que la valeur d'une cuillerée à bouche.

M. Lécorché accepta le diagnostic d'étranglement interne, bien qu'en raison de la marche rapide des accidents, il fit des réserves en faveur de l'hypothèse d'une perforation. Aucune intervention, d'ailleurs, n'était possible, la malade est agonisante. A cinq heures du soir, la température était de 36°6, le pouls imperceptible, ni selles, ni urines, ni vomissements. Morte à 9 heures du soir, quarante-cinq heures après le début de l'affection.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, il se produit une véritable détonation de gaz contenus dans le péritoine. Les organes apparaissent affaissés contre la colonne vertébrale. On aperçoit sur le foie et dans l'angle gauche, vers la rate, un liquide jaunâtre, analogue au liquide des vomissements fécaloïdes. Sur la face antérieure de l'estomac, à un centimètre de la grande courbure, vers le milieu de cette courbure, on voit un petit orifice rond, pouvant laisser passer un pois ; en pressant sur ce point, on fait écouler un liquide jaunâtre. Le pourtour de cette ulcération est de



couleur un peu verdâtre ; la paroi stomacale est tapissée à ce niveau d'une fausse membrane assez épaisse.

L'estomac est un peu distendu mais ne contient pas de gaz. Quand on l'incise on le trouve rempli de matières alimentaires non digérées, d'odeur aigre. La muqueuse stomacale est absolument saine, grisâtre présentant à peine un petit piqueté ecchymotique vers la grande tubérosité. Au niveau de la perforation existe une ulcération d'un centimètre de diamètre, sans rougeur ni gonflement, ni aucune trace d'inflammation au pourtour. Cette ulcération est plus large du côté de la muqueuse que du côté du péritoine ; elle s'enfonce en entonnoir à travers les tuniques de l'estomac. Elle ressemble à un trou fait par un instrument arrondi, qui aurait déprimé la paroi abdominale jusqu'à la perforer.

Péritonite fibrineuse généralisée ; on trouve de minces et fines fausses membranes sur la surface de toutes les anses intestinales, qui sont un peu injectées par place et légèrement adhérentes. La muqueuse du gros et du petit intestin est parfaitement saine ; ni inflammation, ni ulcérations.

Rien du côté du foie ou de la rate. Les reins sont petits, d'aspect normal. La vessie est vide.

L'utérus est normal. Un kyste renfermant une matière jaunâtre semblable à de la matière sébacée dans l'ovaire droit. L'ovaire gauche est sain. La membrane hymen est intacte.

Péricarde, cœur et aorte à l'état normal. Pas d'adhérences pleurales ; à peine une légère congestion des bords postérieurs des deux poumons.

*Remarques.* — Ce fait est un exemple type d'ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante. La perforation ne paraît avoir été précédée d'aucun symptôme gastrique, autant du moins qu'il est permis de l'affirmer, d'après le récit des personnes qui entouraient la malade. L'intensité du collapsus produit par la perforation est des plus remarquables ; la sidération résultant du choc abdominal a

été telle, qu'elle a réduit au silence, pour ainsi dire, la péritonite généralisée, conséquence de l'épanchement des matières stomacales dans l'abdomen. Il n'y a eu ni vomissements ni fièvre, mais au contraire abaissement de la température centrale à 35°6. Paralysie de l'intestin, anurie, épuisement rapide de tout l'organisme. L'âge de la malade est en rapport avec l'étiologie classique de l'affection ; c'est là ce que Brinton appelle l'ulcère perforant des jeunes femmes. Enfin il est intéressant de noter l'existence de troubles mensuels signalés pendant les six ou sept mois qui ont précédé la perforation : on sait que les désordres de la menstruation figurent parmi les causes les plus habituelles de l'ulcère de l'estomac.

OBS. 22. — *Perforation d'un ulcère de l'estomac.* — GARLAND, *Proceeding of the Boston Society for Medical observation*, 21 juin 1880, in *Boston Medical and Surgical journal*, 1880, p. 351.

Une jeune femme qui paraissait en bonne santé fut prise subitement de violentes douleurs dans la région de l'estomac, douleurs qui s'étendaient jusqu'à l'épaule gauche. Lorsqu'on la vit quelque temps après le début des accidents, elle était dans un grand état de faiblesse, le pouls était petit, les extrémités froides. On lui donna de l'opium et de grandes quantités d'eau chaude, ce qui ramena un peu de chaleur. Une heure et demie après elle devint de nouveau très froide et malgré un traitement énergique, cet état d'hypothermie persista jusqu'à la mort qui arriva 50 heures après le début des accidents.

Le Dr J. G. Blacke vit cette malade le deuxième jour en consultation avec le Dr Garland, il émit l'hypothèse que ces accidents étaient peut-être dus à une péritonite causée par la perforation d'un ulcère de l'estomac.

L'autopsie établit la vérité de cette opinion. L'estomac, présenté

à la société, montre sur sa face antérieure un ulcère perforé ; l'ouverture est assez grande pour admettre l'extrémité du petit doigt. Le Dr Garland appelle l'attention sur l'apparition subite des accidents, sans aucun trouble gastrique antérieur et sur le caractère embarrassant de la douleur, puisque celle-ci siégeait dans la poitrine et dans l'épaule.

Le Dr Blacke rapporte un cas dans lequel une femme bien portante fut prise, pendant qu'elle se querellait avec son mari, de symptômes semblables. A l'autopsie on trouva un ulcère perforé de l'estomac.

OBS. 23. — *Ulcère perforant de l'estomac, mort, autopsie.* — J. SCOTT BATTAMS, *Reports of hospital and surgical practice in the hospitals and asylums of great Britain and Ireland, in the British medical journal*, 5 mai 1883, p. 862.

Hélène S..., âgée de 20 ans, était une jeune fille saine et bien constituée. Ses antécédents héréditaires étaient bons. Elle eut une pleurésie 9 ans auparavant pour laquelle elle fut soignée à l'hôpital City-of-London pendant six mois ; elle dit qu'elle y a subi une opération et on voyait encore une cicatrice sur la partie gauche de la poitrine. Depuis cette époque elle était bien portante. A la Noël elle était chez elle et paraissait en parfaite santé. Elle n'était pas toujours très bien réglée, ses règles étaient irrégulières, elles étaient douloureuses et peu abondantes. Elle était atteinte de leucorrhée et quelquefois se plaignait de douleurs dans le côté gauche, principalement quand elle avait eu froid. Avant son arrivée à l'hôpital elle n'était qu'exceptionnellement malade et cela presque toujours au moment d'une époque menstruelle. Elle n'avait jamais beaucoup d'appétit mais elle n'avait jamais eu ni douleurs ni vomissements après les repas ; elle n'a jamais présenté ni hématemèses ni mœlena.

Le 5 janvier 1883, elle dina de meilleur appétit que de coutume à 8 heures 1/2 ; une heure avant le début des accidents, elle pa-

raissait en bonne santé et s'amusait dans la cuisine. A 10 heures du soir, elle fut prise brusquement de violentes douleurs dans l'estomac pendant qu'elle enlevait ses souliers. M. Flaxmann qui la vit la trouva très affaissée, se plaignant de vives douleurs d'estomac et vomissant ; son pouls était intermittent, la face et les extrémités froides, l'abdomen était distendu et très douloureux. On lui fit prendre un peu de chlorodyne et on appliqua des cataplasmes chauds.

Elle resta dans cet état pendant toute la nuit, se plaignant beaucoup et vomissant souvent. Pendant l'absence de ceux qui l'entouraient elle sortit de son lit avec l'intention d'aller prendre un bain chaud.

Le matin, elle vomit un liquide assez épais et un peu verdâtre, mais pas de sang. Deux lavements avaient été donnés sans résultat, elle était très abattue, l'expression de sa face était anxieuse : les yeux étaient excavés et entourés d'une auréole noirâtre, la peau avait une teinte plombée, le pouls était à 120, la température était de 98° F. (elle n'a jamais dépassé 99). Respiration 56, tout à fait thoracique. Les ailes du nez étaient dilatées, l'abdomen distendu et tympanisé, très sensible à la pression. La douleur n'était pas localisée mais générale et constante. Il n'y avait aucun signe de hernie et on ne remarquait rien d'anormal en examinant le rectum et le vagin bien que cela la fit beaucoup souffrir. Les lèvres étaient pincées, la langue sèche, il y avait de l'incontinence d'urine. La malade avait une soif très vive mais elle vomissait tout ce qu'elle prenait, les battements du cœur étaient très faibles. Le Dr Eustach Smith qui la vit diagnostiqua une péritonite aiguë provenant vraisemblablement d'une perforation de l'appendice vermiforme. Il lui ordonna une pilule de 2 grains d'opium toutes les deux heures et, comme les vomissements persistaient, un lavement de peptones et de Brandy.

La douleur s'amenda, mais la malade tomba dans la prostration, le pouls devint intermittent et finalement cessa ; sa face était couverte de sueur froide, et elle vomit des matières grumeleuses d'un brun jaunâtre mais qui ne présentaient pas les caractères des



vomissements fécaloïdes. Quelques minutes avant sa mort, elle essaya de se retourner, sa face avait une teinte uniformément plombée, elle se plaignait de crampes dans les mains et mourut 24 heures après le début des accidents.

AUTOPSIE. — La cavité abdominale contenait une pinte de liquide d'un brun sale. Les intestins étaient distendus, injectés et poisseux au toucher. Les circonvolutions étaient partout adhérentes les unes aux autres et recouvertes d'un exsudat jaunâtre, la cavité pelvienne était tapissée de fausses membranes. Les ovaires étaient gros, d'une couleur noirâtre, formant comme un plexus veineux, ils semblaient contenir du sang extravasé. Du muco-pus fut rejeté des trompes et de l'utérus. L'estomac était assez dilaté et contenait environ 40 onces d'un liquide jaunâtre et grumelleux. Sur sa face antérieure, environ à 2 pouces de la petite courbure, tout près de l'extrémité cardiaque, on trouvait un ulcère perforé. Cette ulcération avait la dimension d'une pièce de six pences du côté de la muqueuse et atteignait à peine la grandeur d'un pois cassé du côté de la séreuse péritonéale. La muqueuse semblait abrasée, tandis que l'ouverture paraissait faite à l'emporte-pièce. Des adhérences récentes unissaient le lobe gauche du foie à l'estomac. Autour de l'ulcère la muqueuse était épaissie et un peu congestionnée.

Après avoir cité une seconde observation de perforation brusque d'un ulcère d'estomac chez une jeune femme ayant présenté auparavant quelques signes de dyspepsie, peu accentués il est vrai, l'auteur insiste sur les antécédents d'Hélène S... ; elle était d'une santé robuste et avant cette affection soudaine elle n'avait jamais présenté aucun symptôme prémonitoire. C'est au milieu d'une santé florissante que cette jeune fille a été frappée par une maladie insidieuse dans sa marche et fatale dans sa terminaison. Il n'est point nécessaire d'insister sur les graves conséquences que pouvait avoir un pareil cas au point de vue médico-légal.

Obs. 24. — *Ulcère de l'estomac, perforation, mort subite.* — Good, *West London medico-chirurgical society*, 7 novembre 1884. *Medical press and circular*, p. 529, 1884.

Miss L., âgée de 20 ans, avait été atteinte il y a trois ans d'inflammation utérine ; depuis cette époque elle jouissait d'une bonne santé mais elle était constipée, avait des flatulences et était d'un appétit un peu capricieux. Lorsqu'on la vit le 25 septembre à 7 heures du soir elle était en proie à une douleur très vive dans les régions ombilicales et hypogastrique, elle avait des vomissements muqueux, l'abdomen était météorisé et les muscles abdominaux contracturés. La langue était blanche, la température était de 99° F ; pouls 84, petit et dur. Elle avait pris de l'huile de ricin et le Dr Good lui ordonna une infusion chaude et une mixture opiacée.

Le 28 à 4 heures du soir, elle se trouva subitement plus mal et mourut avant l'arrivée du Dr Good. L'abdomen était distendu et tympanisé.

L'AUTOPSIE fut faite 36 heures après la mort. On trouva l'épiploon épaissi et très congestionné, les circonvolutions de l'intestin qui se trouvaient en contact avec lui étaient enflammées. Sur la face antérieure de l'estomac à un pouce  $1/2$  du pylore, il y avait un ulcère rond taillé à l'emporte-pièce et perforé. Les contours en étaient durs et son diamètre était celui d'une pièce de 3 pences. Il n'y avait ni extravasation de sang ni adhérences. La muqueuse de l'estomac était pâle.

Le Dr Good fait remarquer l'intérêt médico-légal de ce cas, car l'histoire clinique de la malade ne révèle aucun signe d'ulcère de l'estomac.

En présence de cette mort subite on ne pourrait avoir affaire qu'à une rupture d'un ulcère perforant de l'intestin à la suite d'une entérite ou à la terminaison brusque et fatale que l'on observe dans quelques cas de péritonite. La mort subite, sans hémorrhagie, par pur shok est très rare.

OBS. 25. — *Ulcère perforant de l'estomac, péritonite. — Absence de symptômes.* — WESTBROOCK, *Brooklyn Path. Soc.*, 1885-86, in *New-York medical journal*, 1886, p. 447.

M. C..., âgée de 40 ans, se plaignit en août 1885 de quelques troubles qui firent penser à une gastrite chronique, mais ils s'amendèrent rapidement. Je la vis deux fois depuis ; la dernière fois, le 24 septembre 1885, elle dit se porter beaucoup mieux.

Ses amis racontèrent l'histoire suivante : Dans la soirée du 28 octobre 1885, elle se plaignit subitement de douleurs violentes et de crampes dans l'estomac, elle ne pouvait rester en place et refusa de s'étendre sur son lit. Elle vomit un peu de sang et finalement s'agenouilla sur le parquet appuyant son ventre sur une chaise très basse. Elle mourut dans cette position à peu près quatre heures après le début des douleurs.

Sa famille ne se rendant pas compte de la gravité de son état n'avait pas appelé de médecin. Pendant toute la journée qui précéda cet accident, elle se trouva aussi bien portante qu'elle l'était depuis deux mois, dans l'après-midi elle était allée faire des achats et c'est à son retour qu'elle se trouva malade.

A l'AUTOPSIE qui fut faite 14 heures après la mort, en présence des D<sup>rs</sup> Leuf et Eccles, on trouva une perforation sur la face antérieure de l'estomac, près de l'extrémité pylorique. Il y avait une péritonite intense et généralisée, les feuillets viscéral et pariétal du péritoine étaient injectés et recouverts d'un exsudat récent.

Les reins étaient petits mais normaux ; le foie était gras.

Le thorax ne fut pas ouvert.

OBS. 26. — *Ulcère chronique simple de l'estomac et du duodénum, sans symptômes jusqu'au moment de la perforation.* — SAMUEL WEST, *Clinical society of London*, in *The Medical press and circular*, 27 janvier 1886, p. 75.

Anna A..., âgée de 48 ans, fut prise pendant le repas de violentes douleurs à l'épigastre qui persistèrent jusqu'à son entrée à l'hôpital. Un mois auparavant, elle avait vomi, mais elle n'a jamais res-

senti ni douleur, ni aucun malaise après le repas. Depuis quelque temps elle a maigri, ses forces ont diminué ; tout récemment, elle a eu des transpirations nocturnes et pendant quelques jours a eu une violente toux qui lui occasionnait des douleurs dans le côté droit et dans le dos. Elle était restée tout le temps au lit et quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il s'était produit sur la fesse droite une plaie causée par le long séjour au lit. Bien qu'ayant perdu ses forces depuis quelque temps, on ne trouve aucun autre symptôme morbide avant l'affection présente. Jamais elle n'avait éprouvé aucune douleur après les repas.

Le sujet a l'air très malade : respiration 46<sup>2</sup>, pouls 120 très faible, température 99° F ; quelques traces d'albumine dans l'urine. Le foie est gros ; un peu de ballonnement au niveau de l'ombilic et de l'hypochondre droit. Pas d'ascite, mais un peu d'œdème des jambes. Deux jours après son entrée à l'hôpital, elle rendit environ six onces de sang noir en allant à la selle, les deux jours suivants, elle perdit encore un peu de sang. Elle s'affaiblit rapidement et mourut cinq jours après son entrée.

AUTOPSIE. — Pleurésie ancienne chronique et péricardite. Le foie est gros : entre le foie et la paroi abdominale, il y a un abcès qui communique d'une part dans le duodénum par une perforation siégeant sur un ancien ulcère, d'autre part avec le côlon, et c'est probablement de ce dernier point que provenait l'hémorrhagie. On trouva un second ulcère chronique au niveau de la petite courbure de l'estomac ; cet ulcère était perforé et la perforation conduisait dans une cavité limitée par d'épaisses parois fibreuses et dont la base était formée par le foie. Ces deux ulcères étaient de date ancienne et les symptômes actuels avaient pour cause la perforation de l'ulcère duodénal et la formation des abcès.

Il y a deux points qui méritent d'attirer l'attention : d'abord l'étendue et la durée de ces deux ulcères sans aucun symptôme, ensuite le faible degré de température malgré une active suppuration.



A ce propos le Dr Cayley raconte l'histoire d'un homme, qu'il soigna quelques années auparavant à l'hôpital de Middlesex, qui n'avait jamais souffert de l'estomac et dont le premier symptôme fut une douleur aiguë et subite suivie rapidement de mort par péritonite. A l'autopsie on trouva un ulcère duodénal de grande dimension qui communiquait avec la cavité abdominale. Cet ulcère devait exister depuis longtemps.

Le Dr Taylor rapporte qu'il y a quelques années, il fut appelé auprès d'une servante anémique qui avait été prise subitement le matin même de douleurs très violentes dans l'abdomen et qui mourut presque aussitôt. A l'autopsie on découvrit un ulcère de l'estomac.

M. Godlec cite le cas d'un homme reçu à l'hôpital comme ayant des coliques de plomb. Comme il était porteur d'une petite hernie crurale, on pensa que les symptômes qu'il présentait pouvaient être dus à l'étranglement de cette hernie et on l'opéra. A l'ouverture du sac il s'écoula du liquide purulent. Le malade mourut deux jours après et à l'autopsie on trouva une perforation d'un ulcère duodénal.

OBS. 27. — *Un cas d'ulcère perforant de l'estomac.* — QUINLAU, *A mirror of Hospital practice British and Foreign*, in *The Lancet*, 1887, p. 267.

B. O. C..., âgée de 38 ans, cuisinière, entre à l'hôpital le 11 octobre dans un état lamentable. Elle avait présenté, il y a plusieurs années, quelques troubles dyspeptiques, avec quelquefois un peu d'irritation gastrique et une constipation habituelle contre laquelle elle prenait constamment des purgatifs. Le mercredi soir, elle avait pris une forte dose d'une mixture composée de sené qui produisit

beaucoup d'effort. Peu après elle ressentit de violentes douleurs qui allèrent en augmentant. Le dimanche matin les douleurs devinrent intolérables et on alla chercher le Dr Kendal Franks qui vint immédiatement et à qui je suis redevable de ces renseignements. Le Dr Franks la trouva dans une angoisse extrême reposant sur les coudes et les genoux. Après l'avoir aidée avec beaucoup de difficulté à se mettre sur le dos, il remarqua une légère distension de l'abdomen, mais la pression n'y provoquait pas de douleur. Le pouls était à 110, la température normale et le facies grippé. Son état s'aggravant et la température augmentant, elle fut transportée à l'hôpital St-Vincent le lundi.

L'abdomen était alors très distendu mais la pression n'en était pas douloureuse ; celle-ci semblait au contraire amener un certain soulagement. Elle eut des vomissements, elle vomit tout ce qu'elle prit excepté un peu d'eau-de-vie additionnée d'eau et de glace. Depuis le jeudi précédent elle n'était pas allée à la selle. Le pouls était à 120 faible et dépressible, la température était de 101° 2 F., l'expression de la face était semblable à celle d'un cholérique. Comme il était évident que la mort était proche et inévitable, le traitement eut uniquement pour but d'adoucir les douleurs de l'agonie, on fit de fortes injections hypodermiques de morphine et on appliqua sur l'abdomen des cataplasmes chauds et une décoction de pavots.

On obtint ainsi un certain soulagement, à 11 heures du soir la malade dit que ses douleurs avaient disparu, elle put causer aux personnes qui l'entouraient et surtout au chirurgien M. Coen qui faisait les injections de morphine. Environ un quart d'heure après elle s'affaissa tout d'un coup et mourut immédiatement.

L'autopsie fut faite 10 heures 1/2 après la mort, en présence du Dr Quinlan et du Dr Kendal Franks. La morte était une femme assez bien constituée. En ouvrant l'abdomen on trouva les intestins distendus par des gaz et le contenu de l'estomac répandu dans la cavité péritonéale. Il y avait une péritonite intense dans la partie supérieure et dans la moitié gauche de l'abdomen. En examinant l'estomac on découvrit au milieu de la petite cour-

bure et empiétant également sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'organe un ulcère perforé de la dimension d'une pièce de 1 penny. L'ulcère était divisé en deux parties par une corde de tissu gastrique qui était tendue d'un bord à l'autre. Indépendamment de l'ulcère il y avait un épaississement de la muqueuse gastrique de la dimension d'une pièce de une couronne qui était évidemment le résultat d'une ancienne gastrite. A la face interne de la grande courbure il y avait trois taches d'un rouge vif ayant chacune la dimension d'une pièce de six pences dues à une congestion capillaire de la muqueuse. L'estomac contenait une petite quantité de liquide noirâtre qui fut analysé dans le laboratoire médical avec un résultat négatif.

On se trouvait évidemment en présence d'un ulcère chronique de l'estomac qui avait considérablement aminci les parois de l'organe quand la perforation se produisit probablement sous l'influence de la forte purgation dont il a été question. Ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'avec une péritonite intense et généralisée accompagnée de symptômes aussi graves, il y ait eu absence totale de douleur à la pression exercée par la main sur l'abdomen.

OBS. 28. — *Péritonite suppurée due à un ulcère perforant de l'estomac resté latent pendant la vie.* — WALTER, *Bull. de la Société anatomique*, octobre 1890, p. 441.

La nommée Marie G..., âgée de 17 ans, est apportée le 6 octobre 1890 à l'hôpital St-Antoine, salle Cruveilhier.

Cette jeune fille présente tous les signes d'une péritonite aiguë suppurée. Les traits sont tirés, les yeux excavés, la face pâle. Le pouls est fréquent, petit. La température axillaire est de 38°8. Le ventre est ballonné, sonore à la percussion. Langue sèche, quelques vomissements verdâtres.

L'intelligence est bien conservée et la malade répond distinctement aux questions qu'on lui adresse.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Santé toujours très bonne. Jamais de dérangements gastro-intestinaux. Jamais de vomissements alimentaires ni d'hématémèse, ni de méلœna.

Le 5 octobre dernier, elle est prise tout à coup, au milieu de la journée, de douleurs violentes dans l'abdomen accompagnées de vomissements alimentaires. On la transporte à l'hôpital et on constate tous les signes d'une péritonite aiguë.

Le lendemain aggravation de l'état général. Langue sèche, soif vive. Pas de vomissements. Température 37°6. Les douleurs abdominales augmentent d'intensité. Le ventre est très développé, très douloureux à la pression. Sonorité dans les flancs. Diarrhée assez abondante.

Par le toucher vaginal on constate une petite grosseur dans le cul-de-sac latéral gauche du volume d'une noix ; rien dans le cul-de-sac droit.

Le 8 octobre, la laparotomie est faite par M. Walther.

A l'ouverture du ventre, on trouve dans le péritoine une grande quantité de pus. Le grand épiploon est rouge et épaissi. Les anses intestinales sont agglutinées et recouvertes de fausses membranes. Le maximum des lésions inflammatoires porte sur le petit bassin où les intestins sont complètement recouverts d'un exsudat grisâtre très épais, que l'on est obligé de décortiquer peu à peu à l'aide des doigts. Au niveau du cœcum, l'inflammation péritonéale paraît aussi plus prononcée ; craignant une perforation de l'appendice iléo-cœcal, on le résèque. Rien du côté des annexes de l'utérus.

Grand lavage du péritoine à l'eau bouillie et salée.

Sutures du ventre à trois plans, pansement à l'iodoforme.

Dans la soirée l'opérée donne les signes d'une agitation extrême, puis elle meurt dans le collapsus.

AUTOPSIE. — En ouvrant le ventre on aperçoit un vaste épanchement de couleur jaunâtre, de consistance épaisse, collecté entre le foie et le diaphragme. Sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la partie moyenne, à trois centimètres de la petite courbure on trouve une ouverture circulaire, de la grandeur d'une



pièce de 50 centimes par laquelle s'écoule un liquide jaunâtre. L'estomac est peu distendu, il est rempli d'un liquide semblable à celui qui s'est collecté entre le diaphragme et le foie. La muqueuse a sa coloration normale, par places un peu d'emphyseme cadavérique. Au niveau de la perforation existe une ulcération très large, arrondie à bords taillés à pic, sans rougeur, ni trace d'inflammation. Sur la face postérieure de l'estomac, du côté de la muqueuse se voient deux autres ulcérations très larges, situées au même niveau que la précédente ; sur l'une d'entre elles l'estomac est presque perforé et a à peine l'épaisseur d'une pelure d'oignon. A leur niveau l'estomac n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins.

Péritonite suppurée dans le petit bassin qui est tapissé de fausses membranes. L'utérus est normal, ainsi que les annexes. Rien du côté des autres organes.

L'appendice examiné après l'opération était sain.

OBS. 29. — *Ulcère perforant de l'estomac.* — M. WALTHER, *Bull. de la Société anatomique*, octobre 1890, p. 466.

La malade, âgée de 48 ans, avait été, le 24 juin 1890, amenée de Nanterre à l'hôpital Beaujon. Elle présentait tous les signes d'une péritonite suraiguë, généralisée avec maximum de la douleur au toucher dans la fosse iliaque droite. Malgré son état de faiblesse extrême, elle avait pu raconter que les accidents avaient brusquement débuté dans la soirée du 21 juin par une vive douleur au côté droit du bas-ventre, puis par des vomissements. Les accidents avaient été précédés par un peu de douleur ou plutôt de pesanteur dans le ventre.

On constata qu'il n'y avait aucune lésion aux annexes de l'utérus (la malade était vierge) et on fit le diagnostic de perforation de l'appendice cœcal ayant déterminé une péritonite généralisée.

Je fus appelé à Beaujon par M. Gampert le 24, à 2 heures de l'après-midi. Mais les accidents marchaient avec une telle rapidité que je trouvai la malade sans connaissance, le pouls insensible à la radiale, à peine perceptible à la fémorale, les extrémités froides.

Aucune intervention n'était possible et la malade mourait à 7 heures du soir.

Voici les résultats de l'AUTOPSIE pratiquée le 26 juin, 36 heures après la mort.

Putréfaction avancée. Péritonite généralisée avec fausses membranes agglutinant les intestins.

Pus liquide accumulé dans le petit bassin. Rien au cœcum, ni aux annexes, ni à la vésicule biliaire.

En poussant plus loin les recherches, on trouve un foyer purulent à la région épigastrique ; foyer limité par des adhérences très lâches, et formé par la paroi abdominale, l'épiploon, le côlon transverse et la face antérieure de l'estomac ; celle-ci présente à deux travers de doigt au-dessous de la petite courbure, plus près du cardia, une perforation du diamètre d'une pièce de dix sous, circulaire, entourée de quelques adhérences facilement détruites par raclage.

Du côté de la muqueuse : ulcère rond type, taillé en entonnoir.

OBS. 30. — *Ulcère chronique de l'estomac avec absence totale de symptômes, perforation, péritonite, mort.* — W. G. CRESWELL, in *The Lancet*, 18 septembre 1890, p. 457.

E. C., âgée de 21 ans, employée de manufacture, toujours bien portante depuis son enfance, ressentit dans l'après-midi du 27 décembre 1879 un violent frisson tout en conservant l'air bien portant ; pendant le thé, alors qu'elle s'était baissée pour faire rôtir des tartines de pain, elle ressentit une douleur dans l'estomac et à l'épigastre ; immédiatement elle monta dans sa chambre et se mit au lit. Elle vomit alors un liquide d'aspect brunâtre ainsi que tout ce qu'elle voulut prendre, en même temps la douleur qu'elle ressentait dans la région épigastrique devint plus intense et se propagea dans tout l'abdomen. Ces accidents continuèrent toute la nuit et le lendemain matin à 11 heures elle mourut dans les bras de son frère, pendant que, sur son désir, il la transportait dans la chambre voisine. Je la vis à midi, elle était complètement raide, couchée sur le dos, les jambes étendues et les mains crispées, les avant-bras fléchis à angle droit sur les bras.

Sur l'ordre du coroner je fis l'AUTOPSIE dans l'après-midi du 31 décembre, environ 78 heures après la mort. Le corps était bien constitué, vigoureux, et commençait à se décomposer. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoula du liquide laiteux et puriforme. Dans la partie supérieure de la cavité abdominale le péritoine et les intestins étaient fortement congestionnés et présentaient des adhérences en différents endroits. Il y avait très peu de gaz et une odeur peu prononcée. L'estomac était vide et présentait sur sa face postérieure tout près du pylore une ouverture parfaitement ronde de 1 pouce de diamètre. En examinant la face interne on trouva, correspondant à cet orifice, un ulcère en forme d'entonnoir entouré d'un épaississement des tissus. L'autre face de la muqueuse gastrique présentait quelques érosions, mais celles-ci n'existaient probablement pas pendant la vie.

Le cœur était un peu gros, mais sain, l'auricule et les grandes veines étaient remplies de caillots. L'hymen était intact, les ovaires étaient congestionnés, les règles ayant eu lieu deux jours avant la mort.

Un examen minutieux ne put me faire retrouver aucun symptôme gastrique antérieur, on ne trouve dans les antécédents que des privations, quelquefois de l'intempérance, de l'anémie et une excitabilité exagérée ; pas de troubles menstruels. Ce qu'il y a de plus remarquable étant donnée la situation anatomique de l'ulcère, c'est l'absence de vomissements et d'hématémèses ; cet ulcère, quoique perforé, avait la forme d'un entonnoir. Les autres points intéressants sont la grande dimension de la perforation et les frissons qui ont précédé et suivi la douleur.

OBS. 31. — Professeur NAUNYN, in STRUCK, *Beitrag zur Symptomatologie der Perforations peritonitis im Gefolge des ulcus ventriculi perforans*, Berlin, 1890, p. 38.

Thérèse H..., domestique, âgée de 20 ans, a été reçue à la clinique médicale de Königsberg, le 12 novembre 1883.

*Antécédents.* — La malade était très bien portante. Depuis quelque temps elle était constipée et depuis dix jours elle avait des

douleurs dans les reins. Le 9 novembre, ces douleurs devinrent si violentes qu'elle dut interrompre son travail. Elle se purgea, mais la constipation persista. Dans la nuit du 10 au 11, les douleurs devinrent plus vives et elle eut plusieurs vomissements fécaloïdes. Le 12, dans l'après-midi, elle arriva à la clinique très abattue.

*État actuel.* — 13 novembre. — La malade est très robuste, bien constituée, elle est couchée sur le dos et pousse des gémissements. Les extrémités sont froides, la face anxieuse, le pouls est rapide et à peine perceptible. L'abdomen est modérément et uniformément météorisé, sensible au toucher. Il y a un peu de matité dans les parties déclives. Dans l'après-midi du 12, il y eut un vomissement fécaloïde qui s'est reproduit deux fois dans la nuit. L'abattement est plus grand que la veille. Ordonnance : huile de ricin 60 grammes, huile de croton 2 gouttes. Lavement.

14 novembre à midi. — Depuis 30 heures, pas de vomissements. Depuis 24 heures, on a donné six lavements sans résultat. L'état général est le même, l'abattement est aussi grand. Il se produit une selle spontanée, mais peu considérable. Ordonnance : suppression des lavements et de l'huile de ricin. Cinq fois par jour, 0,02 d'opium.

15. — La malade a été spontanément à la selle une fois. Sur sa demande, on lui a donné un peu de bière qu'elle a vomie, mais le vomissement n'avait pas d'odeur fécaloïde. Soif ardente. Le pouls est moins fréquent et plus plein. La température s'est un peu élevée, l'urine est riche en indican.

16. — Avant midi, abattement très grand. Après midi, l'état est meilleur, le pouls est plus plein, mais il y a du hoquet. Comme il n'y a pas eu de selles, l'opium est supprimé.

17. — Pas de selles, l'affaiblissement a augmenté ; le pouls est faible et fréquent. Depuis midi, délire. La malade meurt à 11 heures du soir.

*AUTOPSIE.* — Le cadavre est fort, assez grand, il y a un pannicule adipeux assez épais. A l'ouverture de la cavité abdominale, les intestins s'en échappent fortement distendus et recouverts de l'épithélium infiltré de pus. Entre la paroi antérieure de l'estomac et le



diaphragme se trouve une cavité remplie de gaz autant qu'on a pu en juger d'après les gaz qui s'en sont échappés lorsqu'on l'ouvrait. L'estomac est rétracté et après un examen minutieux on constate sur sa paroi antérieure du côté de la séreuse une perforation ayant la dimension d'une pièce de 10 pfennigs. La surface externe de l'estomac et des intestins est recouverte d'un exsudat en partie purulent, en partie fibreux. Dans le petit bassin, il y a une grande quantité de pus. Il s'exhale de tous ces produits une odeur fécaloïde très prononcée.

Le petit intestin est enveloppé de fausses membranes et ne présente nulle part de perforation.

Après avoir enlevé l'estomac on constate après son ouverture la présence de cinq ulcères qui sont lisses et ont des dimensions variant entre celle d'un pois et celle d'une pièce d'un mark. Les bords en sont nets et vont s'amincissant vers la séreuse. Le plus grand ulcère situé vers le milieu de la paroi antérieure de l'estomac présente vers sa partie centrale une perte de substance de la grandeur d'une pièce de dix pfennigs qui correspond à la perforation constatée sur la face extérieure. Les autres organes ne présentent aucune altération.

OBS. 32. — EBSTEIN, *Wiener medicinische Blätter*; 1883, n° 4  
in STRUCK, *loc. cit.*, p. 34.

Un forestier âgé de 30 ans, toujours bien portant, tombe subitement malade le 10 décembre 1882 pendant qu'il conduisait le deuil à un enterrement. Il est pris de douleurs très violentes dans le ventre, devient défaillant en même temps qu'il a des vomissements et une transpiration abondante.

Le 15 décembre il entre à la clinique. Il a le facies excavé. La température est de 37°6, pouls 104. Il se plaint même au repos de douleurs dans tout le ventre. L'abdomen est ballonné, mais pas uniformément, au niveau de l'ombilic existe une sorte de sillon transverse et l'ombilic lui-même est projeté en avant. A la percussion on trouve du tympanisme dans la plus grande partie de l'abdomen avec matité dans la région hypogastrique et sur le trajet

du côlon descendant ; matité incomplète dans la région iliaque droite. La matité du foie est de peu d'étendue elle commence en haut au niveau de la 5<sup>e</sup> côte. Il est impossible de délimiter la rate à cause du tympanisme. Les vomissements sont continus ; l'urine contient beaucoup d'indican.

· **DIAGNOSTIC.** — Péritonite aiguë généralisée. L'ensemble des symptômes fait qu'on ne peut admettre une péritonite par perforation et les vomissements excluent l'idée d'une perforation de l'estomac. Ordonnance : repos absolu, diète liquide, opium, glace.

Les jours suivants les vomissements continuent : malgré l'opium et le sous-nitrate de bismuth il y a de la diarrhée. Toutefois le tympanisme est moins marqué et l'état de faiblesse est moins grand.

Le 21 décembre, élévation de température à 38° 8, gonflement douloureux de la parotide droite, paralysie des branches labiales du nerf facial droit. Du 22 au 24 décembre, diminution de la fièvre (36°5) et amendement de la parotidite. La température n'augmente pas jusqu'à la mort qui arrive le 27 décembre. Cinquante heures avant la mort avait eu lieu le dernier vomissement, et depuis ce moment le malade était tombé dans le collapsus.

**AUTOPSIE.** — En ouvrant l'abdomen on trouve en différents endroits des cavités remplies de pus et tapissées par le péritoine épaissi. En détachant la rate on ouvre une grande cavité située profondément et derrière l'estomac, cette cavité contient du pus et des matières floconneuses de teinte brunâtre que l'on reconnaît être le contenu de l'estomac. Après avoir enlevé l'estomac on voit sur sa face postérieure vers la partie médiane une perforation ronde, de la grandeur d'une pièce de cinq pfennigs environ, communiquant avec la cavité purulente dont nous venons de parler. Cette perforation correspond, du côté de la muqueuse de l'estomac, à un ulcère taillé en escalier. De cet ulcère part une traînée cicatricielle qui se dirige en haut vers la petite courbure pour aboutir à un autre ulcère plus petit qui semble en voie de guérison. Sur la paroi antérieure de l'estomac on trouve encore une cicatrice de forme étoilée.

OBS. 33. — *Double ulcère perforant de l'estomac. — Mort par péritonite suraiguë.* — JAYLE, *Société anatomique*, Paris, novembre 1894.

B. . . Lauria, domestique, 20 ans. Entrée le 3 septembre 1894, hôpital St-Louis, salle Gosselin, n° 24. Jamais malade. Depuis trois semaines diarrhée que la malade attribue à un changement de nourriture.

Le 2 septembre à six heures du soir, elle a été prise brusquement, en ramassant un objet à terre d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche et elle dit avoir senti à ce moment un craquement à ce niveau. Depuis pas de selles ni de gaz. Deux ou trois vomissements bilieux peu abondants.

A son entrée ventre ballonné, douloureux, résonnant partout, sans aucune tumeur ni point douloureux spécial. Rien au toucher vaginal. Un peu de sueur froide. Température 37°. Le diagnostic reste douteux entre iléus et péritonite suraiguë.

Quatre heures plus tard la température tombe à 36°. Les extrémités sont froides, couvertes de sueur. Le pouls est incomptable, la respiration est à 60 et la malade commence à perdre connaissance. Etant donné la marche on porte le diagnostic de péritonite suraiguë due à une perforation intestinale siégeant du côté de l'hypochondre gauche. Mort à 11 heures du soir.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du ventre, liquide séro-purulent avec quelques parcelles de matières alimentaires, entre autres des pépins de raisins. Gaz fétides. Pas d'adhérences. L'hypochondre gauche est d'abord examiné, on ne trouve aucune perforation intestinale à ce niveau. Le reste de l'intestin est examiné soigneusement et on ne découvre rien. On voit alors sur la face antérieure de l'estomac une petite perforation et en soulevant fortement l'organe on en découvre une deuxième à la face postérieure.

*Examen de l'estomac.* — A la face antérieure, à 3 centimètres au-dessous de la petite courbure et vers le milieu de celle-ci se trouve une perforation arrondie de 8 millimètres de diamètre.

Le bord en est taillé à pic. Tout autour un peu de vascularisation. En regardant cette perforation par la face interne, on voit que l'étendue de l'ulcération est plus considérable, celle-ci est allongée transversalement et atteint 14 millimètres sur 9 millimètres au niveau de la muqueuse. A la face postérieure de l'estomac existe une deuxième perforation située à environ 7 centimètres du cardia, à 5 cm.  $1/2$  sur la perpendiculaire abaissée de sa petite courbure. Cette perforation est elliptique et mesure 16 millimètres sur 7. Les bords en sont nets et amincis. A cette perforation correspond sur la face interne de l'estomac, une ulcération elliptique également, mais offrant une longueur de 2 centimètres sur 1 centimètre. Le fond est formé au centre par la perforation et à la périphérie, par la musculuse qui se trouve à nu sur 45 millimètres d'étendue tout autour de la perforation. En un point cependant la muqueuse, la musculaire et la séreuse sont ulcérées au même niveau.

Les deux perforations sont presque en regard l'une de l'autre ; celle de la face antérieure est cependant située à environ 2 centimètres à droite de la seconde.

L'examen des autres organes est négatif.

OBS. 34. — *Perforation stomacale par ulcère.* — LUCKE,  
in thèse de CHAPT, 1895, p. 79.

Wagentrutz Marie, 48 ans. Reçue à la Clinique médicale le 18 février 1882.

*Commémoratifs.* — A eu la rougeole étant enfant. A été réglée à 13 ans. A toujours été mal réglée. Depuis deux ans la malade était chlorotique et durant le dernier automne elle a souffert de maux de tête.

Depuis quinze jours, la malade ressentait, un quart d'heure après le repas, une sensation de pesanteur dans l'estomac. Elle a vomi deux fois et, d'après son témoignage, des masses glaireuses.

Le soir du 10 février 1892 l'état s'aggrava subitement ; après avoir mangé des plats sucrés et bu un peu de vin, elle ressentit



des douleurs violentes, des tiraillements dans la région abdominale et dans cet état elle se fit transporter à l'hôpital.

*Etat actuel.* — 11 février. — Jeune fille bien constituée. Les joues sont rouges de fièvre, la langue est blanche, l'haleine fétide.

On constate de la dyspnée (36 à la minute). Respiration uniquement costale.

L'abdomen, surtout dans la région ombilicale, est fortement tuméfié et reste absolument immobile pendant la respiration.

Sonorité tympanique. Pas de matité dans les portions déclives.

La malade se plaint de douleurs spontanées qui sont le plus intenses dans la moitié gauche du ventre, à la hauteur de l'ombilic elles coïncident en cet endroit avec le maximum de la tuméfaction. Il en est de même pour la sensation de pesanteur, mais qui est aussi assez considérable sur tout le reste du ventre.

A la pression, on sent le foie rejeté en haut, le bord supérieur est au niveau de la 4<sup>e</sup> côte.

La matité du cœur s'étend en haut jusqu'au bord inférieur de la 3<sup>e</sup> côte, à droite, jusqu'au sternum. Impossible de percevoir le choc de la pointe.

Les bruits du cœur sont purs, légers à la pointe, un peu plus accentués à la base.

En avant la respiration est claire, on perçoit nettement le murmure vésiculaire, perceptible nettement aussi sur les côtés.

On n'essaie pas de mettre la malade sur son séant à cause de la péritonite.

Pas de toux, pas d'expectoration.

Comme la malade ne pouvait pas uriner le matin, on la sonda, l'urine était foncée, ne contenait pas d'albumine.

Au toucher on trouve un utérus peu mobile, on ne peut pratiquer le palper bimanuel à cause de la tension de la paroi abdominale, on ne fait pas écouler de pus en pressant sur l'urèthre. La malade n'a pas encore été à la garde-robe.

12 février. — Ventre fortement tuméfié surtout sur la ligne médiane.

Respiration uniquement costale, pure.

Matité du foie très diminuée, il est impossible de la percevoir entre le sternum et la ligne passant par le mamelon, elle commence en dehors de cette ligne, à la cinquième côte et s'étend jusqu'un peu au-dessus du rebord costal.

Sonorité tympanique sur tout l'abdomen. Pas encore de vomissements. Pouls très petit (150-160).

La malade est transportée en chirurgie.

DIAGNOSTIC. — Péritonite par perforation, due probablement à un ulcère de l'estomac.

*Opération.* — Chloroforme. A deux centimètres au-dessous de l'ombilic on fait une incision longue de 7 centimètres. Après avoir coupé la peau et l'aponévrose, le péritoine apparaît fortement tendu. Quand on l'incise il se produit un échappement de gaz très appréciable. On suture le péritoine à la paroi des deux côtés. En explorant la cavité abdominale, il s'échappe une petite quantité de sérosité trouble, floconneuse. La région de l'appendice ne présente aucune apparence pathologique.

On recouvre l'incision avec des compresses chaudes.

Sur la ligne médiane, à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic, on fait une nouvelle incision, s'étendant jusqu'à l'appendice xyphoïde; on ouvre le péritoine et on suture à la paroi, il y a de nouveau échappement de gaz. Il s'écoule une grande quantité de liquide trouble, d'aspect légèrement purulent, avec des flocons blanchâtres ayant l'aspect de lait caillé.

En saisissant l'estomac, il s'écoule de nouvelles quantités de liquide de la profondeur, entre l'estomac et le foie.

Enfin en écartant le foie, on aperçoit le siège de la perforation, sur la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du cardia tout contre la petite courbure.

On enlève le liquide avec des éponges et on écarte le foie en haut et en dehors, l'estomac en dehors.

On excise circulairement toute la partie voisine de la perforation et on réunit les surfaces par quatre sutures. Alors, d'après le procédé de Lembert, on réunit la séreuse de l'estomac par six fils, au-dessus de l'ouverture refermée. Lavage avec une solution

salicylée chaude. On éponge ce qui reste de liquide et on recouvre la paroi de l'estomac de gaze iodoformée qu'on pourra retirer par l'angle supérieur de la plaie abdominale.

On suture la plaie abdominale supérieure au moyen de fils profonds ; dans la plaie inférieure, on introduit un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on injecte une solution salicylée chaude jusque dans le petit bassin. Il s'écoule une abondante quantité de pus. On fixe le drain par un point au milieu de la plaie inférieure, et on suture par des points profonds.

Durée de l'opération, 1 h. 1/4.

12 février. — On administre un lavement alimentaire (50 gr. de vin, 50 gr. de bouillon, 1 jaune d'œuf).

Pouls 150, respiration 35.

Température le soir 38°1. Pouls 140, soif ardente.

Lavement alimentaire avec cinq gouttes d'opium, on fait sucer de la glace.

13. — Température le matin 38°7, pouls 140, respiration 30.

La nuit a été tranquille, sommeil assez profond. Vers le matin la malade est prise d'accès de toux qui éveillent des douleurs dans le ventre. On change le pansement. Il s'est écoulé une assez grande quantité de liquide. On pousse une injection salicylée chaude par les drains à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'elle revienne claire.

Le ventre est moins tendu qu'au moment de l'opération. Soir et matin lavement alimentaire avec V gouttes d'opium.

Etat général assez satisfaisant. La malade a uriné spontanément et abondamment.

Le soir : température 38°2, pouls 140, respiration 30.

14. — Le matin température 38°4, pouls 140, respiration 30. Langue humide. La nuit a été tranquille. Selles abondantes de couleur brune.

Le ventre n'est pas sensible à la pression, état général satisfaisant.

Même régime que le 13.

15. — Le matin température 38°4, pouls 120, respiration 25.

La nuit a été un peu agitée, la malade a peu dormi. La langue est humide. On change le pansement. Le ventre s'est affaissé ; nulle part il n'est douloureux à la pression. Très peu de liquide.

Matin et soir lavement avec cinq gouttes d'opium. De 2 heures en 2 heures 50 grammes de lait bouilli avec un peu de cognac. Température le soir 38°5, pouls 150. Langue humide.

Vers minuit la malade est très agitée, on administre un centigramme de morphine.

16. — Température le matin 38°4, pouls 150; petit ; respiration 30. On change le pansement, le ventre n'est pas tendu, insensible à la pression. On retire le tamponnement qui exhale une odeur de lait aigre. On enlève le drain. Même régime que le 15.

A 1 heure de l'après-midi, pouls très petit, très fréquent. A 3 heures 1/2, mort.

Obs. 35. — *Perforation d'un ulcère de l'estomac*. — GILBERT BARLING, *British medical journal*, 1893, t. I, p. 1258. — *Bulletin médical*, 1893, p. 595.

Une jeune fille de 22 ans fut prise subitement de douleurs violentes dans l'abdomen au moment où elle se baissait. Elle devint rapidement très faible. Elle fut reçue au General-Hospital et confiée aux soins du Dr Simon avec lequel je la vis six heures après le début de la maladie, l'abdomen était un peu distendu, les muscles de la paroi étaient contractés, le ventre était douloureux à la pression profonde, le pouls était assez dur, la malade vomissait et toussait d'une façon quinteuse. Dans ses antécédents on ne trouvait rien qui puisse faire penser à un ulcère de l'estomac.

L'abdomen fut ouvert sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic ; on enleva deux ou trois pintes de liquide séro-purulent, mais il fut impossible de trouver une lésion des organes abdominaux. La cavité abdominale fut lavée et drainée.

La malade succomba 24 heures après l'opération. A l'autopsie on trouva une perforation de l'estomac au niveau de la paroi antérieure, dans une position facilement accessible pour la suturer,



cette perforation avait pour cause un ulcère qui ne s'était révélé par aucun symptôme pendant la vie.

OBS. 36. — RECHT, *Bulletin de la Société anatomique*,  
17 mars 1893.

Jeune fille soignée dans le service du Dr Weil deux ans auparavant pour de la chloro-anémie. Depuis sa sortie de l'hôpital elle a toujours travaillé, elle n'a jamais eu de maux d'estomac.

Le 20 janvier dernier, elle a été obligée de quitter son travail se sentant mal à son aise ; dans la nuit elle fut prise d'une violente douleur dans la région épigastrique. Le lendemain matin vers onze heures elle fut amenée à l'hôpital. Son pouls était à peine perceptible, le corps était couvert de sueurs, facies abdominal, extrémités froides, pas de vomissements, elle est allée à la selle dans la nuit. Douleurs abdominales dans tout l'abdomen. Entrée à l'hôpital à onze heures, cette malade est morte vers trois heures.

A l'AUTOPSIE pratiquée le lendemain nous avons trouvé de la péritonite et une perforation siégeant à la paroi antérieure de l'estomac dans la région moyenne.

Vue de l'extérieur cette perforation paraît être faite à l'emporte-pièce ; si, au contraire, on l'examine après avoir ouvert l'estomac, on voit une sorte d'escalier qu'il faut descendre avant d'arriver à la perforation.

Nous avons eu affaire là à un ulcère rond qui s'est ouvert dans le péritoine.

OBS. 37. — *Considérations pathologiques sur l'intervention chirurgicale dans les cas de perforation d'ulcère de l'estomac.* — KELLIMACK, *Communication to the sixty-second annual meeting of the British medical association*, juin 1894. — *British medical Journal*, 1894, t. II, p. 914.

T. C..., laboureur, âgé de 29 ans, bien portant, mangea un peu de bœuf le 1<sup>er</sup> juillet, toute cette journée il fit très chaud. Le lendemain il fut pris de douleurs abdominales très violentes, situées principalement dans la région ombilicale, ces douleurs avaient le

caractère des coliques. Il vomit une fois et n'eut aucune garde-robe. Cette douleur persista, l'abdomen était très sensible à la moindre pression, mais il n'y avait pas de ballonnement et aucun signe certain de péritonite. L'ensemble des accidents fit croire à un empoisonnement. Le malade prit des purgatifs mais sans aucun effet ; il s'affaissa rapidement et mourut le 3 juillet.

A l'AUTOPSIE on trouva sur la face antérieure de l'estomac, près du pylore, un ulcère perforé. La perforation avait 5 millimètres de diamètre. La cavité abdominale contenait beaucoup de gaz, et plusieurs pintes d'un liquide de couleur jaunâtre dans lequel se trouvaient des gouttelettes graisseuses. Le péritoine était très congestionné. Les autres organes étaient sains, mais pouvaient laisser soupçonner des antécédents d'alcoolisme chronique.

OBS. 38. — *Péritonite aiguë généralisée consécutive à un ulcère simple de l'estomac et prise pour une appendicite aiguë avec perforation et infection généralisée du péritoine*, par M. O. PASTEAU, *Bull. de la Société anatomique*, 29 novembre 1895, p. 740.

Le nommé Eugène B..., âgé de 44 ans, exerçait la profession de garçon de magasin et présentait depuis de longues années, des symptômes d'intoxication alcoolique, crampes, hallucinations nocturnes, pituites, etc. Il n'avait d'ailleurs jamais été malade et n'avait jamais souffert du ventre ; ses selles étaient régulières ; jamais il n'avait rendu de sang par le rectum, jamais non plus il n'en avait vomi, j'insiste sur ce point qui peut avoir son importance pour la suite de l'observation.

Le samedi 16 courant, il éprouve quelques douleurs assez violentes au niveau de l'estomac et dans le flanc droit ; un médecin appelé ordonne seulement quelques frictions calmantes et tout rentre dans l'ordre.

Le mardi suivant, 19 novembre, il vomit le matin son déjeuner et un peu de bile ; le lendemain, de nouveau, il vomit de la bile le matin, et fait trois selles de consistance et de coloration normales ; mais dans l'après-midi son ventre devient très douloureux ; il est dur, rétracté, et le médecin appelé porte le diagnostic de coliques hépatiques.

Le jeudi, à midi, le malade prend un lavement purgatif (sené, sulfate de soude), qui reste sans effet ; à deux heures de l'après-midi, il est purgé avec l'huile de ricin ; cette purgation reste également sans effet et le lendemain matin, le malade prend de nouveau une limonade purgative.

La douleur se localisant cette fois bien nettement au niveau de la fosse iliaque droite, on applique en ce point un large vésicatoire.

Le ventre se ballonne, les vomissements continuent, le facies se grippe, le pouls faiblit et le malade est amené à l'hôpital le samedi, à 1 heure de l'après-midi.

A son entrée nous constatons que tout l'abdomen est fortement météorisé, il y a de la douleur très limitée dans la fosse iliaque droite et le point de Mac Burney est très net. On ne sent pas d'empatement dans cette fosse iliaque, ce qui peut s'expliquer par le ballonnement considérable du ventre ; il y a de la matité au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite s'étendant vers la ligne médiane sur une largeur de 5 centimètres environ et se prolongeant dans le flanc. Toute la peau de l'abdomen est mollassse et comme légèrement œdématiée.

Les vomissements sont fécaloïdes ; l'état général du malade est très mauvais, le facies est fortement grippé, les yeux excavés, le nez pincé, les extrémités sont refroidies, le pouls est très petit, bat 110 et la température est de 37°4.

En présence de ces symptômes nous portons le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée. A trois heures de l'après-midi, deux heures après l'entrée du malade à l'hôpital, nous faisons, avec l'aide et sous la direction de M. le Dr Sebileau, une incision parallèlement à l'arcade crurale, mais assez haut en regard de l'épine iliaque. Nous arrivons bientôt sur le pus et mettant le doigt dans la plaie nous constatons que nous sommes en pleine cavité péritonéale, il n'y a pas trace de poche ; l'intestin se présente à nous baignant dans un pus jaunâtre très fluide et d'odeur extrêmement fétide. Nous sentons l'appendice remonté derrière le cœcum, adhérent à la paroi iliaque dans ses deux tiers supérieurs et libre à son extrémité.

En présence de la généralisation des lésions nous faisons une seconde incision sur la ligne médiane dans la région sus-pubienne, par cette plaie encore s'écoule le même pus que précédemment en assez grande abondance. Nous plaçons deux drains dans la fosse iliaque et deux autres drains en canon de fusil vont par la plaie hypogastrique jusque dans le cul-de-sac vésico-rectal, puis nous lavons la cavité abdominale avec une dizaine de litres d'eau très légèrement additionnée d'une solution de sublimé à 1/1000 et bornons là notre intervention.

Le malade reporté dans son lit est très faible, immédiatement on lui fait une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel, deux autres litres lui sont injectés dans la soirée ; le malade est mis à la diète la plus absolue.

Le pouls se relève alors un peu ; le lendemain matin il bat encore 110 mais il est plus fort. On donne au malade dans le courant de la journée trois litres de sérum artificiel en injection sous-cutanée. Dans la soirée les sueurs sont abondantes, un nouveau lavage de la cavité abdominale est pratiqué dans les mêmes conditions que le premier et jusqu'à ce que le liquide sortant par les drains soit complètement incolore.

Le lundi matin à 9 heures, le malade allait sensiblement mieux ; la température était de 36°8, le pouls battait 112 et était bien frappé. Mais à midi tout cet aspect d'heureux augure était complètement changé : peu à peu la température des extrémités descendait ; le pouls le soir était très faible malgré une injection d'un litre de sérum et le lendemain mardi à 9 heures le malade succombait.

L'autopsie pratiquée le mercredi permit de constater que les drainages avaient été suffisants, il n'y avait plus trace de liquide dans la cavité péritonéale ; l'intestin était en partie couvert de fausses membranes.

Dans la fosse iliaque droite le cœcum et l'appendice étaient bien en place ; ce dernier était rattaché à la paroi latérale de l'abdomen par un méso qui le fixait dans ses deux tiers supérieurs.



Mais pas plus sur l'appendice que sur le cœcum il n'y avait trace de perforation.

Nous recherchâmes donc cette perforation plus haut et nous finîmes, après avoir exploré l'intestin grêle sur toute sa longueur, par la trouver sous le foie au niveau de la portion pylorique de l'estomac.

Cette perforation siège sur la moitié antérieure du pylore, à un demi-centimètre au-dessus de la valvule pylorique comme nous avons pu nous en convaincre en ouvrant l'estomac et le duodénum par leur partie postérieure. Au niveau de cette perforation quelques adhérences s'étaient faites avec la face inférieure du corps de la vésicule biliaire, adhérences qui ont été secondaires d'ailleurs à la perforation, comme le prouve malheureusement trop bien l'histoire clinique.

Il s'agit donc ici d'une perforation de l'estomac et les caractères de cette perforation prouvent nettement qu'il s'agit d'un ulcère simple.

OBS. 39. — *Ulcère latent de l'estomac, péritonite, laparotomie, mort.*

— Pièce présentée à la *Société anatomique* par MM. DIRIART et APPERT. Avril 1896, p. 297.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, femme de chambre chez une cliente de M. Dieulafoy, cette circonstance a permis à notre maître de faire lui-même une enquête précise sur les antécédents de la malade et de vérifier qu'elle disait vrai, en affirmant qu'elle avait toujours joui d'une excellente santé, qu'elle n'avait jamais eu aucune difficulté de digestion ; c'est à peine si quelqu'un se rappela que deux ou trois mois auparavant, elle avait dit un jour qu'elle avait mal à l'estomac, mais sans y insister davantage. Jamais elle n'avait eu de vomissements, ni d'hématémèses, ni de douleurs stomacales vives ; en un mot, elle était en parfaite santé et le jour où la perforation éclate, elle avait fait pour sa maîtresse de longues courses dans Paris, elle avait bien déjeuné et bien dîné.

Ce fut une heure ou deux après dîner, qu'elle ressentit brusquement une douleur atroce au creux de l'estomac ; elle se mit à pous-

sér des cris perçants et se tordait de douleurs à tel point que dans l'entourage on pensa qu'elle était atteinte d'une crise d'hystérie ; mais c'est en vain qu'on cherchait à la soulager ; elle continua à souffrir toute la nuit et c'est seulement vers le matin que la douleur s'atténua, mais ens'étendant à tout l'abdomen.

Au matin, M. Dieulafoy vit la malade dans l'état suivant ; abdomen sensible au moindre contact plutôt que ballonné, sans tumeur perceptible, ni zone de matité, pouls fréquent sans aucun autre signe morbide, ni vomissements, ni hoquets, la malade était allée à la selle l'avant-veille. Quoique l'état général paraissait bon, et qu'en particulier, la malade n'ait pas du tout le facies péritonéal, M. Dieulafoy pensa qu'il existait une péritonite généralisée dont la cause échappait et il conseilla le transport immédiat à l'hôpital en vue d'une opération.

A l'arrivée à l'hôpital, même état local, pouls 120, température 38°4. Le chirurgien de garde, M. Faure, pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, un flot de liquide jaunâtre sortit du ventre. Les intestins apparurent rouges, congestionnés, présentant par place des fausses membranes crémeuses de formation récente.

Introduisant la main dans la plaie, M. Faure alla à la recherche de l'appendice des ovaires et des trompes et put se convaincre que ces organes étaient sains ; chaque exploration faisait sortir du ventre du liquide jaunâtre qui venait de haut. M. Faure se disposait donc à prolonger l'incision vers l'épigastre, mais le mauvais état général de la malade dont le pouls et la respiration s'affaiblissaient d'une façon inquiétante, l'engagea à simplifier l'intervention le plus possible. Il se contenta de laver le péritoine à l'eau bouillie et referma la plaie en laissant toutefois un drain à la partie inférieure.

Mort le lendemain matin à 9 heures.

AUTOPSIE. — Lésions de péritonite généralisée récente, plus marquées vers la partie supérieure de l'abdomen : appendice, ovaires, trompes, utérus absolument sains ; pas de perforations intestinales. La partie visible de l'estomac est saine, mais en sou-

levant le foie, on aperçoit profondément cachée sous la face inférieure de cet organe une perforation de la paroi antérieure. Lorsqu'on voulut détacher l'estomac on trouva sur la face postérieure une autre perforation, elle était adhérente au pancréas par de fausses membranes qui se laissèrent facilement déchirer.

Le pancréas, le foie, la rate, les organes thoraciques étaient absolument sains. En un mot aucune lésion nulle part.

En examinant l'estomac on remarque que ces perforations causées par des ulcères sont absolument symétriques, elles ont même forme (ronde), même grandeur que celle d'une pièce de 0 fr. 50 et se correspondent exactement d'une face à l'autre de l'estomac, situées qu'elles sont à 1 cm.  $\frac{1}{2}$  de la petite courbure, à égale distance du pylore et du cardia, cette correspondance est si parfaite que lorsqu'on tient l'estomac suspendu devant soi en prenant entre le pouce et l'index de chaque main d'une part, le pylore, de l'autre le cardia, on voit les bords des deux perforations coïncider si bien que c'est à peine si le contour d'une des perforations empiète sur le contour de l'autre.

Il y a entre elles contact parfait, on croirait qu'elles ont été pratiquées d'un même coup à l'emporte-pièce et la première idée qui vient à l'esprit, à la vue de cette pièce est celle d'une blessure par balle qui aurait perforé du même coup les deux parois opposées.

Les ulcères qui ont causé ces perforations, pris chacun séparément n'offrent rien de particulier : l'antérieur absolument circulaire ne présente sur ses bords aucune trace d'inflammation, ni de la séreuse, ni de la muqueuse, ses bords sont taillés en deux gradins, l'un répondant à la musculo-séreuse, l'autre en retrait de quelques millimètres répondant à la muqueuse. L'ulcère postérieur ne présente pas de gradins, ses bords sont taillés à pic de la muqueuse à la séreuse, en sorte que l'étendue de la perforation est de même dimension que l'étendue de l'ulcère elle-même. Autour de la perforation le péritoine est dépoli, il commençait à se former en cet endroit des adhérences de l'estomac aux parties voisines.

## CHAPITRE VI

### Diagnostic.

Ainsi un individu jusque-là bien portant peut mourir subitement ou très rapidement, en quelques heures ou en quelques jours, d'une péritonite suraiguë survenue brusquement sans symptômes antérieurs ayant permis de faire soupçonner une affection de l'estomac et due pourtant à la perforation d'un ulcère de l'estomac.

L'ensemble des accidents que nous avons décrits survenant chez un sujet porteur d'un ulcère de l'estomac ou même ayant seulement présenté antérieurement des troubles gastriques doit naturellement éveiller l'idée d'une perforation et, dans ce cas, celle-ci peut être le plus souvent au moins soupçonnée. Mais il n'en est pas de même lorsque l'ulcère est resté absolument latent ou ne s'est traduit que par des symptômes banals ; quelques douleurs vagues et passagères dans le creux épigastrique ou l'hypochondre. Chez les jeunes femmes surtout on peut voir tout à coup se compliquer de péritonite un ulcère qui, par le fait de son siège à la paroi antérieure, n'avait donné lieu qu'à des troubles gastriques insignifiants.

Le diagnostic est alors fort difficile et on a pu voir que, dans les observations précédentes, il n'a pour ainsi dire jamais été fait. On ne pense généralement pas assez à la possibilité de cet accident qui n'est cependant pas d'une extrême rareté, mais comme il n'y a aucun symptôme caractéristique



on le confond le plus souvent avec toutes les autres affections abdominales et il serait désirable que dans les cas de ce genre on possédât un signe certain de l'origine stomacale de la perforation.

L'absence de vomissements a été considérée pendant longtemps comme un élément de diagnostic d'une grande importance. Déjà signalée par Chaussier (1) indiquée par Lefèvre (2), elle a été considérée par Traube puis par Ebstein (3) presque comme un signe pathognomonique. Les auteurs pensent que les vomissements ne peuvent se produire parce que les ingesta sont rejetés par l'ouverture de l'estomac au lieu d'être rejetés par l'œsophage. Ebstein ne va-t-il pas jusqu'à dire à la suite de l'observation 32, dans laquelle on trouva une perforation de l'estomac chez un malade mort de péritonite : « La présence de vomissements pendant la vie me fait penser que la péritonite n'a pas dû être causée par la perforation de l'estomac et que celle-ci est secondaire. » Cette opinion est excessive.

Mader (4) s'est élevé avec raison contre cette manière de voir ; d'abord, dit-il, la théorie est fausse, dans ces cas les vomissements n'ont pas cessé à cause de la perforation de l'estomac, mais à cause du collapsus et de la sidération des centres nerveux, en outre les vomissements peuvent se produire car le vomissement n'est pas seulement produit par une pression passive de l'estomac mais encore par des

(1) CHAUSSIER, *loc. cit.*

(2) LEFÈVRE, *loc. cit.*

(3) EBSTEIN, *Zeitschrift für klinische Medicin*, 1885, *Wiener medicinische Blätter*, 1888, n° 4.

(4) MADER, De la soi-disant absence de vomissements dans la péritonite par perforation de l'estomac. *Wiener medicinische Blätter*, 15 octobre 1886.

contractions antipéristaltiques qui transforment en fente l'orifice de la perforation, ce qui ne permet pas le passage des aliments à travers cet orifice. Et de fait l'absence de vomissements est un signe qui manque bien souvent bien que signalé par la plupart des auteurs. Sur 42 cas de perforation de l'estomac étudiés à ce point de vue par Struck(1), les vomissements ont été constatés 29 fois et ont fait défaut 13 fois seulement. Dans nos observations les vomissements ont été signalés 12 fois. Ils peuvent donc se produire même quand l'estomac communique librement avec l'abdomen. Néanmoins l'absence de ce symptôme a une valeur relative surtout si elle est associée à d'autres tels que la douleur épigastrique initiale.

On a attaché une grande importance aussi à la disparition de la matité hépatique. Ce fait signalé pour la première fois par Davies (2), puis par Oppolzer a été depuis considéré par presque tous les auteurs comme un des meilleurs signes de la péritonite par perforation de l'estomac. Elle prouve en effet que des gaz ont pénétré dans la cavité péritonéale et s'interposent entre le foie et la partie antérieure de l'abdomen, mais ce signe n'a qu'une valeur relative, Bouveret et Michaux estiment qu'on lui a peut-être attribué trop de valeur, ils pensent que le ballonnement, le gonflement de l'épigastre ne sont guère des signes immédiats mais plutôt des signes éloignés et que la production de gaz dans la cavité péritonéale est plus souvent le fait d'inflammation septique que d'épanchement gazeux pro-

(1) STRUCK, *Beitrag zur Symptomatologie der Perforations péritonitis im Gefolge des Ulcus Ventriculi perforans*. Th. de Strasbourg, Berlin, 1890.

(2) DAVIES. *London Gazette*, 1845.

venant de la digestion stomacale, bien que ceux-ci ne puissent être niés dans un certain nombre de faits. D'ailleurs, dans les péritonites généralisées sans perforation, la distension considérable des anses intestinales suffit à produire une réduction marquée de la matité hépatique. On voit donc qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à ce signe, puisque d'une part, il manque souvent et que d'autre part, il peut se rencontrer dans d'autres circonstances.

Il ne subsiste donc que bien peu de choses des prétendus symptômes caractéristiques de la perforation de l'estomac. Seule la douleur initiale a une réelle importance par son siège, sa violence et la brusquerie de son apparition.

Dans une première période avant le développement de la péritonite plusieurs affections ont un début et des caractères semblables et la confusion est possible.

COLIQUE HÉPATIQUE. — Les douleurs ont souvent le même siège que dans la lésion stomacale, c'est-à-dire au creux épigastrique, mais elles s'étendent en même temps dans l'hypochondre droit et dans l'épaule. Les vomissements sont plus abondants, plus répétés. L'émission des urines se fait aisément, le pouls n'offre dans les cas ordinaires rien de particulier.

HÉMORRHAGIE INTERNE. — Donne lieu, quelle qu'en soit son origine, à un état syncopal avec une prostration subite, un refroidissement périphérique avec sueurs profuses, de la petitesse du pouls, un abaissement notable de la température.

RUPTURE DE LA RATE. — Se manifeste par une vive douleur dans l'hypochondre gauche, puis l'individu pâlit,

ses yeux se cernent, son corps se refroidit en même temps qu'il survient des vomissements et une évacuation involontaire de matières fécales. La péritonite est rare et survient seulement lorsque l'individu met plusieurs jours à mourir. Ordinairement, la mort est plus rapide et survient par hémorrhagie.

Dans la seconde période de la maladie, quand les symptômes de péritonite sont déclarés, il y a lieu de faire le diagnostic entre la perforation de l'estomac et les affections suivantes :

OCCCLUSION INTESTINALE. — Les douleurs qu'elle produit sont paroxystiques et cessent en même temps que les contractions de l'intestin. Celles-ci sont souvent visibles sous les téguments de l'abdomen, la constipation est absolue, il n'y a pas d'émission de gaz, il existe des vomissements fécaloïdes.

APPENDICITE. — Localisation du début et du maximum de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite, souvent empâtement profond de cette région.

PERFORATION DE L'INTESTIN à la suite d'une lésion tuberculeuse ou cancéreuse, ou dans le cours d'une fièvre typhoïde. L'état des antécédents du malade et les anamnétiques éclairent le plus souvent sur la nature de la maladie qui a donné naissance à la péritonite.

Enfin nous avons réservé à dessein une partie de notre sujet qui a une importance toute particulière au point de vue médico-légal.

Les symptômes des perforations de l'estomac ont une analogie frappante avec les phénomènes observés à la suite de certains empoisonnements. Un certain nombre de subs-



tances en effet sont capables de produire des lésions du tube digestif qui aboutissent plus ou moins rapidement à la perforation : ce sont les substances caustiques et les substances corrosives. Les accidents observés alors sont analogues. Dans bien des cas le diagnostic peut être très difficile et il faut surtout tenir compte des conditions dans lesquelles ont éclaté les symptômes morbides ; il est rare en effet que dans l'empoisonnement les accidents éclatent avec cette brusquerie qui est le propre de l'affection qui nous occupe, on ne trouve généralement pas cette douleur poignante et subite ayant son maximum dès le début, ni cette sensation de déchirure intérieure. Il faudra examiner avec soin la langue, la bouche et le pharynx, on y trouve le plus souvent des érosions ou des taches noires, car il est bien rare que ces substances n'y laissent pas de traces de leur passage.

Enfin, en cas de doute, analyse chimique des matières vomies.

L'empoisonnement par l'arsenic donne également souvent lieu à des symptômes analogues à ceux de la perforation ; il offre alors les caractères suivants : impossibilité de supporter les boissons, nausées, vomissements, urines rares et rouges, convulsions pouvant être prises pour les contorsions auxquelles se livre le malade atteint de perforation, douleurs, sueurs froides, pouls filiforme. Mais par contre il y a toujours des déjections alvines fétides, le pouls est irrégulier, il y a du délire et si la dose n'a pas été trop considérable on voit apparaître rapidement à la partie antérieure de la poitrine une éruption miliaire et des pustules. Enfin constriction du pharynx qui ne manque jamais au début et crachottement incessant.

Il est à peine besoin de signaler l'importance médico-légale de ces faits, et elle n'avait pas échappé aux anciens auteurs. Gastellier, Gérard et surtout Chaussier ont eu le mérite d'attirer les premiers l'attention sur ces faits et de montrer combien les cas de perforation de l'estomac étaient propres à faire croire à un empoisonnement. Chaussier s'est tout particulièrement appliqué à faire ressortir les causes d'erreur dans ces cas ; aussi, dans une affaire restée célèbre, fut-il appelé comme expert pour examiner une femme que l'on croyait avoir été empoisonnée par son mari et il obtint l'acquiescement de celui-ci en montrant une perforation de l'estomac. Voici l'observation rapportée par Lainé (1), il n'y est pas fait mention de l'état de santé antérieur de la malade, mais il est permis de supposer qu'elle ne devait pas avoir éprouvé auparavant de troubles gastriques bien prononcés.

« Une femme de 22 ans va à Montargis et en revient, fait ainsi deux lieues pendant la plus grande chaleur d'un jour de juin et sans avoir pris ni aliments ni boissons. Elle se plaint à son retour d'un léger malaise et d'une douleur à la tête qui se dissipe le soir. Elle soupe avec son mari, sa belle-sœur et deux soldats qu'elle avait en logement (un plat de pois, un pot de vin mêlé d'eau).

Après le souper la femme va se coucher et passe la nuit sans se plaindre. Le lendemain elle se lève la première vers trois ou quatre heures du matin, pour traire sa vache et la conduire aux champs. S'étant trouvée incommodée quelques heures après, elle retourne chez elle, se plaignant d'éprouver un grand froid et des douleurs dans tous les membres mais surtout à la tête et à l'estomac. Elle avait les yeux rouges et les jambes vacillantes, ses forces étaient anéanties ; elle mangea cependant dans la journée deux

(1) LAINÉ, Th. de Paris, 1819.

soupes au lait qu'elle prépara elle-même. Elle expira la nuit suivante à 2 ou 3 heures du matin, environ 24 heures après les premiers symptômes.

Le juge de paix dresse procès-verbal ; un docteur R... fait l'autopsie, trouve une perforation de l'estomac et déclare qu'il présume que cette femme est morte empoisonnée par une substance vénéneuse telle que l'oxyde d'arsenic.

Cinq médecins ou chirurgiens de Montargis examinent encore cet estomac et tous déclarent que la lésion est due à l'effet d'une substance caustique introduite dans ledit estomac, au moyen d'un véhicule quelconque et qu'aucune maladie ne peut détruire une aussi grande portion de substance animale vivante, l'influence vitale nous défendant sans cesse contre des accidents aussi graves ; dont, au surplus, l'homme ne peut porter la source en lui-même de manière à ce qu'elle agisse en aussi peu de temps. Le mari est accusé et peut être condamné à la peine capitale. Mais un autre docteur s'élève avec énergie contre les conclusions des experts. On demande alors l'avis de Chaussier. Celui-ci rejette absolument l'idée d'empoisonnement et attribue la mort à une cause morbide intérieure et cachée. Les juges sont éclairés par ce rapport et acquittent l'accusé ».

Cruveilhier insiste également sur ce point : « Les accidents suite de perforation étant quelquefois survenus immédiatement après l'ingestion d'aliments et de boissons la question a dû être soulevée dans un grand nombre de cas de ce genre ».

Depuis tous les auteurs ont signalé la possibilité d'une pareille erreur, surtout lorsqu'il s'agit d'ulcère latent. Dans bien des cas lorsque la mort arrive presque subitement en quelques heures, le diagnostic est alors le plus souvent impossible et ce n'est qu'à l'examen nécroscopique que l'on peut reconnaître la cause réelle de la mort. Aussi le

médecin légiste peut-il avoir l'occasion d'observer des faits semblables.

Le professeur Lacassagne et le D<sup>r</sup> Contagne (1) eurent à faire l'autopsie médico-légale du nommé P... le 8 janvier 1881. Cet homme qui vivait en concubinage mourut dans des circonstances mystérieuses qui éveillèrent des soupçons criminels contre sa maîtresse. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une perforation consécutive à un ulcère de l'estomac.

Leudet (2), de Rouen, a raconté le fait suivant : Pendant qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu, un homme sort brusquement de la boutique d'un marchand de vins, en face de l'hôpital, en se tenant le ventre, en proie à de vives souffrances et en criant : « Ils m'ont empoisonné ! » Cet homme est porté à l'Hôtel-Dieu, pendant que la foule, prenant ses cris au sérieux, met à sac la boutique du liquoriste. L'homme meurt, Leudet en fait son autopsie et constate qu'il a une perforation de l'estomac au niveau d'un ulcère simple et un commencement de péritonite.

Le professeur Brouardel (3) a consacré quelques lignes à ce sujet, voici ce qu'il dit :

« L'ulcère rond simple de l'estomac peut évoluer d'une façon latente sans déterminer de troubles fonctionnels marqués ; la suspicion d'un empoisonnement peut donc, on le comprend aisément, germer dans l'esprit de quelque parent ou de quelque ami du défunt. Cette suspicion se manifeste d'une façon beaucoup plus fréquente, je dirai même

(1) BAPTISTE, Thèse de Lyon, 1883, p. 40.

(2) Cité par BROUARDEL.

(3) BROUARDEL, *La mort et la mort subite*, Paris, p. 211.



elle est constante quand une personne succombe à une perforation de l'estomac avec des symptômes caractérisant une péritonite.

« Il semble qu'un individu subitement atteint d'une perforation doive présenter tous les signes d'une péritonite ; il n'en est pas toujours ainsi. Cet individu tombe dans le collapsus et il est pris d'accidents cholériformes.

OBS. 39. — *Mort subite, suspicion d'empoisonnement. — Ulcère rond de l'estomac.* — BROUARDEL, *La mort subite*, p. 396.

A l'ouverture de l'abdomen il s'échappe une quantité considérable de gaz fétides ; la cavité péritonéale renferme, en outre, environ 500 grammes d'un liquide jaunâtre à odeur fécaloïde, dans lequel nagent un grand nombre de parcelles de matières fécales à demi-solides, les intestins ne sont pas affaissés et contiennent une quantité notable de gaz ; leur surface séreuse est dépolie, mais ne présente pas de fausses membranes ; le péritoine pariétal est très finement injecté.

La surface antéro-supérieure du foie est couverte de fausses membranes ; en déplaçant l'estomac qui est peu volumineux on constate que sa face antérieure est également recouverte de fausses membranes, qui acquièrent leur maximum d'épaisseur au niveau du pylore. On trouve en ce point, une perforation de l'estomac, qui se présente extérieurement sous la forme d'un orifice ovalaire à bords nets, mesurant 4 millimètres de grand diamètre, et par lequel on fait sortir des matières analogues à celles trouvées dans la cavité péritonéale. Vu par la face interne de l'estomac cette perforation forme le centre d'un ulcère rond, entouré par un bourrelet très épais de la muqueuse. Cet ulcère est situé à 2 centimètres du pylore et à son niveau l'estomac se trouve relié par des fausses membranes à la première portion du duodénum. L'ensemble de ces fausses membranes et des bords très épaissis de l'ulcère forme une tumeur dure, bosselée et atteignant le volume de la moitié d'une mandarine. La muqueuse stomacale pré-

sente un piqueté hémorrhagique assez abondant autour de l'ulcère et sur tout le grand cul-de-sac.

L'intestin grêle et le gros intestin ne présentent pas d'autre lésion que le dépoli de leur surface séreuse qui a été signalé plus haut. Leur muqueuse est saine.

Les reins sont sains ; ils se décortiquent bien, ont leur volume normal et ne sont pas congestionnés.

*Conclusions.* — 1° La mort du sieur D... est la conséquence d'une perforation de l'estomac.

2° Cette perforation a été causée par un ulcère rond de l'estomac, affection dont le sieur D... était atteint depuis longtemps ainsi que le démontre l'aspect de l'ulcère lui-même et des lésions de voisinage.

3° Il se peut que cet ulcère n'ait déterminé pendant la vie que des symptômes légers de façon que la gravité de l'état du sieur D... a pu être complètement méconnue par lui-même et par son entourage.

Dans d'autres circonstances, au cours d'une lutte ou dans un accident, un individu reçoit un léger choc : il pâlit, tombe en syncope et meurt. L'autopsie montre qu'il était porteur d'un ulcère simple ancien, et que le choc a simplement été la cause occasionnelle de la déchirure ; il y a là une circonstance dont devra tenir compte le médecin légiste.

C'est dans un cas de ce genre que Vibert (1) rédigea le rapport suivant. Il s'agit d'un cocher qui tombe de sa voiture le 6 novembre 1892 et meurt le lendemain de péritonite.

A l'autopsie on trouve une péritonite généralisée, caractérisée par la rougeur du péritoine, la présence de néo-membranes recou-

(1) Thèse de BRAYER, p. 71.

vertes de pus épais qui relient les anses intestinales entre elles. Les lésions du péritoine sont plus accentuées sur la moitié inférieure de l'abdomen.

L'estomac présente à sa face postérieure une ulcération à bords régulièrement arrondis, un peu moins grande qu'une pièce de un franc. Les bords sont légèrement tuméfiés, infiltrés de sang ; autour d'eux, la séreuse adhère aux parties voisines sur une petite étendue. Cette ulcération est complètement perforée de sorte que l'estomac communique librement avec la cavité péritonéale. L'estomac ne renferme du reste qu'une petite quantité de matières fécales.

Le foie présente une déchirure à bords irréguliers de quatre centimètres de long.

La perforation de l'estomac ne peut être attribuée à la chute faite le 6 courant par le sieur M... L'ulcération de l'estomac existait depuis longtemps, elle a abouti spontanément à la perforation comme cela arrive souvent. On peut dire qu'elle a été la terminaison brusque d'une maladie ancienne, maladie que le sieur M... ignorait peut-être, car il arrive parfois que l'ulcération de l'estomac reste tout à fait latente, n'occasionne aucun trouble de la santé jusqu'au moment où son existence se révèle brusquement par hémorrhagie ou perforation.

Dans le cas actuel, la perforation s'est produite au moment où le sieur M... était sur le siège de la voiture, et c'est alors qu'il a perdu connaissance. Il convient d'ajouter que cette perforation qui était large et qui communiquait librement avec la cavité péritonéale devait entraîner fatalement une péritonite aiguë et la mort du sieur M... alors même que celui-ci n'aurait pas fait une chute du haut de son siège. D'autre part la chute a occasionné la rupture du foie.

*Conclusions.* — 1° Le sieur M... a été atteint d'une perforation de l'estomac qui s'est produite spontanément comme terminaison d'un ulcère ancien de cet organe.

2° C'est cette perforation qui a entraîné la perte de connaissance du sieur M... et sa chute.

Il est facile de voir combien le diagnostic est parfois difficile, non seulement pendant les accidents mais même au cours de la laparotomie, lorsque celle-ci est pratiquée. M. Walther intervint dans un cas (obs. 28) pour des symptômes de péritonite généralisée et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on reconnut l'ulcère perforé cause de la péritonite, il fait suivre l'observation des réflexions suivantes : « La prédominance des signes de péritonite dans le petit bassin pouvait faire croire à un point de départ pelvien du côté des annexes, d'autant plus que le toucher vaginal faisait sentir dans le cul-de-sac gauche une petite grosseur qui n'était qu'un amas de fausses membranes ». Les cas semblables ne sont pas rares et il faut appeler l'attention sur leur possibilité. Dans une laparotomie pour péritonite de cause mal définie il ne faut jamais négliger de s'assurer de l'état de l'estomac car celui-ci doit être incriminé plus souvent qu'on ne le pense.



## CHAPITRE VII

### Traitement.

Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité de la situation lorsque survient brusquement une perforation de l'estomac sans qu'aucun symptôme ait attiré l'attention du malade. La mort en est la conséquence inévitable dans un temps plus ou moins rapproché.

En admettant que la mort ne survienne pas par shock que peut le traitement médical contre une infection péritonéale le plus souvent généralisée, il faut bien avouer qu'il est absolument impuissant ; d'autre part il n'y a pas à compter sur une régression des accidents.

Le médecin se trouve donc placé entre deux alternatives : ou laisser mourir son malade ou tenter l'intervention chirurgicale.

La laparotomie, dira-t-on, est toujours grave dans ces conditions ; évidemment, mais qu'y a-t-il à perdre puisque abandonnée à elle-même cette lésion est absolument fatale. Aussi l'intervention chirurgicale s'impose-t-elle lorsqu'on a quelque raison de croire à une perforation de l'estomac, c'est la seule chance de salut.

Malheureusement le diagnostic est souvent difficile dans les cas d'ulcère latent et si on attend l'apparition des symptômes de péritonite on risque fort de compromettre l'avenir du malade, car il faut agir vite, sans compter que

quelquefois la péritonite fait défaut. Chaque heure perdue diminue les chances du malade. Aussi lorsqu'un sujet sera pris sans raison brusquement de douleur atroce dans la région épigastrique, avec sensation de déchirure intérieure, douleur accrue par l'ingestion des liquides, lorsqu'il y aura rétraction des ventres supérieurs des muscles grands droits, il faudra dans les premières heures prendre la température à tout instant, et si celle-ci s'élève à 38° pratiquer la laparotomie (Michaux).

« L'intervention, a dit M. Michaux (1), ne doit pas être discutée, elle est imposée par la fréquence relative et la gravité extrême de ces perforations et par l'évolution ultra rapide et fatale de la péritonite généralisée qui en est la conséquence ».

Voici résumées les règles de l'intervention telles que les a posées M. Michaux.

Vider l'estomac pour éviter toute effusion nouvelle.

Grande incision sus-ombilicale médiane.

Recherche de la perforation, parfois difficile, si la perforation siège à la face antérieure, relever le foie et le diaphragme. Si on ne trouve rien à la face antérieure rechercher la perforation sur la face postérieure et pour cela opérer comme dans la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker.

Si la perforation est facilement accessible, suivant les cas : 1° Résection de l'ulcère suivie de suture. 2° Suture directe sans résection. 3° Gastro-entérostomie avec ou sans

(1) MICHAUX, Traitement chirurgical des perforations de l'estomac. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 mars 1896.

résection. 4<sup>o</sup> Gastrostomie ou fixation des bords de l'ulcère à la paroi abdominale.

Si la perforation est difficilement accessible, pli à la paroi gastrique et suture à distance des parties saines, ou laisser ouvert après lavage, limiter le foyer et drainer.

Si l'opération est tardive et qu'il y ait de la péritonite généralisée, ouvrir largement le foyer, le limiter, le nettoyer.

Grand lavage. Maintenir ouvert et drainer.

Il est certain que les résultats obtenus jusqu'à présent ne sont pas très brillants, mais cela tient en grande partie à ce que les malades ont généralement été opérés trop tard.

Dans sa thèse de Chapt (1) sur un ensemble de 27 interventions on trouve 6 guérisons et 21 morts. Dans une statistique plus récente, M. Michaux (2) sur 40 interventions relève 12 guérisons.

Mais il n'est pas douteux que, du jour où on se décidera à intervenir dans les premières heures qui suivent la perforation, au lieu d'attendre un jour ou deux que la péritonite se soit généralisée, il n'est pas douteux qu'à partir de ce jour on aura à compter de nombreuses guérisons.

(1) CHAPT, *Perforation de l'ulcère simple de l'estomac et son traitement chirurgical*. Thèse de Paris, 1895.

(2) MICHAUX, *loc. cit.*

## CONCLUSIONS

L'ulcère rond simple de l'estomac peut donc évoluer d'une façon latente sans déterminer de troubles fonctionnels marqués jusqu'au moment où survient la perforation. La conséquence de celle-ci est une mort plus ou moins rapide, soit par shock, soit par péritonite généralisée soit beaucoup plus rarement, par péritonite localisée.

La première idée qui se fait jour dans l'entourage et dans le public est souvent celle d'un empoisonnement.

Ces faits semblent fort importants pour le diagnostic et montrent non seulement l'impossibilité de reconnaître cliniquement l'origine de pareils accidents mais surtout l'extrême difficulté de reconnaître le point de départ, même au cours de la laparotomie, aussi dans une péritonite de cause obscure, quand rien dans le passé et dans l'histoire du malade ne pourra éclairer sur sa nature, devra-t-on toujours penser à la perforation de l'estomac.

Le principal symptôme de cet accident est la douleur initiale, aussi lorsque celle-ci se retrouve au début, devra-t-on immédiatement porter ses investigations du côté de l'estomac.

On ne saurait trop appeler l'attention sur des faits de ce genre. Il faut qu'en présence d'accidents semblables survenant chez un individu bien portant, le médecin soit prévenu de la possibilité d'une perforation de l'estomac et qu'il en connaisse bien la marche presque foudroyante.



Il n'y a rien à espérer du traitement médical, l'intervention chirurgicale s'impose, elle devra être rapide, presque immédiate, car ici les minutes sont précieuses et la moindre hésitation peut être fatale.

---

Vu :

Le Président de la thèse,

DIEULAFOY.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- Andral.** — *Traité d'anatomie pathologique*, t. II.
- Archagouria Utudjan.** — *Forme perforante de l'ulcère simple de l'estomac*. Th. de Paris, 1889.
- Baptiste.** — *Des morts subites ou rapides*. Th. de Lyon, 1883.
- Barling (Gilbert).** — Perforation de l'estomac, *British medical journal*, 1893, t. I, p. 1258. *Bulletin médical*, 1893, p. 595.
- Battams.** — Ulcère perforant l'estomac, *British medical journal*, 1883, p. 862.
- Bell (Joseph).** — Ulcère de l'estomac terminé par perforation, *Edinburgh medical journal*, 1889, p. 775.
- Besnier.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1866, p. 97.
- Bignon.** — *Des perforations spontanées de l'estomac*. Th. de Paris, 1854.
- Bouveret.** — *Maladies de l'estomac*, 1893.
- Brayer.** — *Contribution à l'étude de la perforation de l'estomac dans l'ulcère de cet organe*. Th. de Paris, 1893.
- Brinton.** — *Traité des maladies de l'estomac*, 1870.
- Brouardel.** — *Traité de la mort subite*, p. 311.
- Chapt.** — *Perforations des ulcères simples de l'estomac et leur traitement chirurgical*. Th. de Paris, 1895.
- Cockle.** — Symptômes d'occlusion intestinale, perforation d'un ulcère de l'estomac. *Lancet*, London, 1863, t. I, p. 465.
- Comte.** — Traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac. *Semaine médicale*, 1895, p. 397-405.
- Cresswell (W.-G.).** — Ulcère chronique de l'estomac avec absence totale de symptômes, perforation. *Lancet*, 1890, p. 457.
- Cruevilhier.** — Anatomie pathologique du corps humain, 1830, 10<sup>e</sup> livraison; 20<sup>e</sup> livraison, 1838. *Revue médicale*, 1838. *Archives de médecine*, 1856.
- Debove.** — *Société médicale des hôpitaux*, 1890.
- Debove et Renault.** — *L'ulcère de l'estomac*. Paris, 1892.
- Debove et Rémond.** — *Gazette des Hôpitaux*, 1890, p. 1150.
- Delpuech.** — *Progrès médical*, 1882.
- Derouet.** — *Ulcère simple de l'estomac de cause traumatique*. Th. de Paris, 1879.

- Desgranges.** — *Journal général de médecine*, 1821, t. XXVI, 2<sup>e</sup> série, p. 145.
- Duparque.** — Perforation de l'estomac. *Transactions médicales*, avril 1831, t. IV, p. 123. *Archives de médecine*, 24 mai 1831.
- Duval.** — *Des ulcères simples de l'estomac*. Th. de Paris, 1852.
- Forget.** — Perforation spontanée de l'estomac. *Bulletin de la société médicale des Hôpitaux*, 1854, p. 315.
- Von Franque.** — Trois cas de perforation de l'estomac, *Wiener medicinische Presse*, 1867, p. 289.
- Garland.** — Perforation d'ulcère de l'estomac. *Boston medical and surgical journal*, 1880, p. 351.
- Gastellier.** — Perforation de l'estomac. *Journal de médecine et chirurgie*, 1815, t. 33, p. 24.
- Gérard.** — *Perforations de l'estomac*. Paris, 1803.
- Good.** — Ulcère de l'estomac, perforation, mort subite. *Medical press and circular*. London, 1884, p. 529.
- Grasset.** — Ulcère latent de l'estomac. *Annales d'hygiène*. Paris, 1877, p. 85.
- Huchard.** — *Union médicale*. Paris, 1877, p. 682.
- Jayle.** — *Société anatomique*, novembre 1891.
- Kelimack.** — Considérations sur l'intervention chirurgicale dans les perforations d'ulcère de l'estomac. *British medical Journal*. London, 1814, t. II, p. 914.
- Landouzy.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1873, p. 651.
- Lefèvre.** — Recherches pour servir à l'histoire des solutions de continuité de l'estomac. *Archives de médecine*, 1842.
- Morin.** — *Considérations sur les érosions*. Th. de Paris, 1806.
- Moore.** — *London medical and surgical Journal*, 1834.
- Mathieu.** — Ulcère rond latent, mort par perforation. *Archives générales de médecine*, 1892, t. I, 525-541.
- Michaux.** — *Congrès de chirurgie*, 1890. *Société de chirurgie*, 11 mars 1896.
- Mickulicz.** — Laparotomie dans les perforations de l'estomac et des intestins. *Sammlung Klin. Vorträge*, n° 262.
- Morici.** — Mort subite par perforation de l'estomac. *Annali universali di medicina*. Milano, 1844, t. XIV, p. 231. *Archives de médecine*, 4<sup>e</sup> série, 1844, t. V, p. 221.
- Marevery.** — *De la mort subite*. Th. de Paris, 1885.
- Mehier.** — *Perforations et ruptures spontanées de l'estomac*. Th. de Lyon, 1891.
- Niemeyer.** — *Traité de pathologie interne et thérapeutique*, traduction française, 1869.
- Pasteau.** — *Société anatomique*, 25 novembre 1895, p. 740.

- Peste.** — Perforation de l'estomac. *Bull. de la Société anatomique*, 1844, p. 295.
- Picard.** — *Des perforations spontanées de l'estomac et de leurs causes.* Th. de Montpellier, 1873.
- Quinlau.** — Un cas d'ulcère perforant de l'estomac. *The Lancet*, 1887, p. 267.
- Recht.** — *Société anatomique*, 17 mars 1893.
- Rokitansky.** — *Archives de médecine*, 1842.
- Roux.** — Laparotomie pour perforation de l'estomac. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1893, p. 722.
- Roux.** — Th. de Montpellier, 1823.
- J. Scott-Battams.** — *The British medical journal*, 5 mai 1883, p. 862.
- Sée.** — Formes de l'ulcère, *Bull. médical*, 20 septembre 1893.
- Steinhal.** — *Revue de chirurgie*, 1888.
- Struck.** — *Beitrag zur Symptomatologie des Perforationsperitonis im Gefolge des ulcus ventriculi perforans.* Berlin, 1890.
- Talamon.** — *Progrès médical*, 1879, p. 1023. *Société anatomique*, 1879, p. 371-373.
- Trousseau.** — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 88.
- Ubersaal.** — Perforation spontanée de l'estomac. *Archives générales de médecine*, 1831, t. XXIV.
- Valleix.** — *Guide du médecin praticien*, t. V, p. 161.
- Walther.** — *Société anatomique*. Octobre 1890, p. 466 et 441.
- Samuel West.** — Ulcère chronique simple de l'estomac et du duodénum, sans symptôme jusqu'à la perforation. *Medical press and circular*, 1886, p. 75.
- Westbrook (G. R.).** — Perforating gastric ulcer with peritonitis without sym. *New-York medical journal*, 1886, p. 447.















---

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).

---